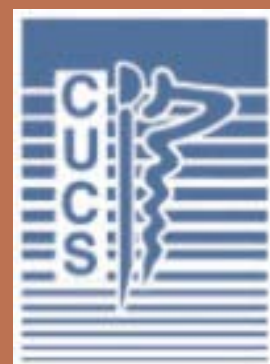


ISSN 1665-9104

ANUARIO DE INVESTIGACION EN ADICCIONES



Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara FAA

Vol. 5 Supl. 1 Abril del 2005

DIRECTORIO

Publicación del Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones (CEAA),
Departamento de Fisiología, División de Disciplinas Básicas
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Editor

Dr. Octavio Campollo Rivas

Responsable de la Edición

Dr. Octavio Campollo Rivas

Comité Editorial

Dr. Javier Álvarez Bermúdez (Mex)
Dr. Carlos Fernando Aparicio Naranjo (Mex)
Dr. Gaspar Cervera Martínez (Esp)
Dra. Kim Fromme (EUA)
Dr. Andres A. González Garrido (Mex)
Dr. Alejandro Madrigal (G.B.)
Dra. Ma. Elena Medina Mora (Mex)
Mtro. James Potter (EUA)
Dr. Jorge Enrique Segura Ortega (Mex)
Dr. Agustín Vélez Barajas (Mex)
Mtro. Jorge Villatoro Velázquez (Mex)

Diseño

DLG. Hugo A. Vivar G.

Edición WEB, PDF y CD-ROM

Dr. Jorge Raúl González Brambila

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Lic. José Trinidad Padilla López. Rector General
Mtro. I. Tonatiuh Bravo Padilla. Vicerrector Ejecutivo
Mtro. Carlos Jorge Briceño Torres. Secretario General
Dr Raúl Vargas López. Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Dr Víctor Manuel Rosario Muñoz. Secretario Administrativo. CUCS.
Dr Salvador Chávez Ramírez. Secretario Académico. CUCS.
Dr Samuel Romero Valle. División de Disciplinas Básicas para la Salud.
Dr Germán Cardona Muñoz. Jefe del Departamento de Fisiología. CUCS.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA.

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD. CENTRO DE ESTUDIOS DE ALCOHOLISMO Y ADICCIONES.

3° piso. Antigua Escuela de Medicina.Hospital # 320 Sector Hidalgo. Tels.3585-7944 y 18.
Apartado Postal 2-337 Guadalajara Jalisco C.P. 44280
e-mail.- calcohol@cucs.udg.mx
Registro Dir. Gral. Der. Autor 04-2001-021616485200-102
Número ISSN 1665-9104
Sitio web: <http://www.cucs.udg.mx/alcoholismo>

EDITORIAL

Una de las imágenes que tengo grabadas en mi memoria es la fotografía de *Casasola* de un revolucionario mexicano que antes de ser fusilado fuma un cigarrillo entre sus labios esperando desafiante, o resignado, el momento de su muerte. También recuerdo como familiares, amigos e incluso algún día yo mismo, hemos fumado tabaco. Lo que no siempre recuerda uno, son los efectos dañinos del tabaco, ni todas las muertes, ni la insuficiencia respiratoria ni todos los males sociales y económicos que se presentan después de fumar por varios años.

Algo que comenzó en la era moderna como una práctica social, a semejanza de lo que hacían algunos pobladores del continente americano en épocas precolombinas, creció hasta hacerse un vicio ahora ya identificado como adicción. Vicio, hábito o adicción que ha sido, es y quizá seguirá siendo, por un tiempo, promovido y publicitado por las grandes compañías tabacaleras en detrimento de la salud de millones de personas alrededor del mundo. Tanto es el daño y consecuencias del tabaquismo que ha motivado que la Organización Mundial de la Salud promueva un Convenio global contra el tabaco, para que los gobiernos entiendan finalmente que el costo global del tabaquismo en todos sentidos sobrepasa los beneficios económicos, fiscales y laborales que genera esa industria y que acepten hacer algo para detenerlo. Que hacer, como hacerlo, porqué hacerlo, cuales son las bases teóricas, prácticas, el marco legal, son algunos aspectos que son tratados en este número de *Antología del Tabaquismo en México*.

Este número especial del Anuario surge a partir de abril de 2004 en que se llevó a cabo el **V Foro internacional de investigación en adicciones** organizado por nuestro Centro (CEAA), en el Centro Universitario de Ciencias de la salud de nuestra casa de estudios, con el tema central de Tabaquismo. En el simposio sobre el Tabaquismo que organizamos dentro de dicho Foro se trataron temas de gran importancia abarcando desde la epidemiología hasta el tratamiento tocando también aspectos económicos y legales. La selección de trabajos para este número, al igual que en el V Foro, se hizo tratando de abarcar los aspectos más relevantes sobre el tema. Concientes de que no tiene la extensión y profundidad de un tratado, la intención de este número es la de brindar a nuestros lectores del sector educativo, académico, profesionales de las adicciones e incluso el público en general interesado en el tema, un apoyo para adentrarse en el problema, conocer los aspectos más importantes y presentar una panorámica sobre el tratamiento del tabaquismo en México. Como siempre, esperamos con ello proporcionar a la comunidad un material útil y práctico para sus funciones cotidianas..

Dr Octavio Campollo Rivas.
Editor

TABAQUISMO: UN PROBLEMA GLOBAL (TOBACCO: A GLOBAL PROBLEM)

Dr Octavio Campollo Rivas.
Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara FAA.
CUCS. Universidad de Guadalajara

* Calle Hospital 320, 3° Piso Antigua Escuela de Medicina. Guadalajara, Jal. México CP 44280
ocampoll@cucs.udg.mx

“ Hallaron (Rodrigo de Xeres y Luis Torres) por el camino mucha gente que atravesaban a sus pueblos...los hombres con tizón en las manos ...que son unas hierbas secas metidas en una cierta hoja seca a manera de mosquete encendida por una parte de él por la otra chupan para adentro aquel humo...”

Fray Bartolomé de las Casas, Historia de las Indias.

El tabaquismo es actualmente una epidemia de dimensiones globales que esta causando daños devastadores a la salud mundial.

Organización Mundial de la Salud, Reporte Mundial de Salud 2003

El consumo de tabaco ha aumentado en todo el mundo a un nivel actual considerado como epidémico por la OMS (1), siendo responsable de cerca de 5 millones de muerte anuales (2) lo que equivale a aproximadamente una muerte por segundo. Se espera que para el año 2020 el problema del tabaco será el más grande problema aislado de salud en todo el mundo. Mientras en los países desarrollados hay más control y un aumento limitado del tabaquismo, la producción y los esfuerzos en las ventas se han redirigido a los países pobres y en desarrollo (3) incluyendo a México; con el resultado final de que no hay variación o incluso hay aumento en las ventas internacionales de las compañías tabacaleras transnacionales. Por ejemplo, el tabaquismo parece estar disminuyendo en países como Estados Unidos (4) mientras que esta aumentando en muchos países en desarrollo esperando que cause 8.4 millones de muertes anualmente. Ya desde hace algunos años se ha establecido la evidencia científica de la relación entre el tabaquismo y las diferentes enfermedades relacionadas, el nivel de incapacidad que produce y la mortalidad asociada (5,6). Un punto que debe mencionarse y que posiblemente influye sobre la percepción de la población, particularmente en los jóvenes, es el efecto retardado entre el uso del tabaco y las consecuencias médicas; lo que hace que no se perciba el daño en toda su dimensión de manera inmediata. Es también evidente la escalada que se observa entre el aumento de uso del tabaquismo entre niños y adolescentes así como la disminución de las diferencias en las prevalencias entre hombres y mujeres (7).

Un aspecto que también hay que tomar en cuenta es que el tabaquismo afecta por igual a ricos y pobres, siendo éstos últimos subestimados en cuanto al peso de la enfermedad. Tal vez por ello en 2004, el lema de la campaña mundial contra el tabaco indicaba que el *Tabaco empobrece*, slogan que trató de mostrar que aparte de todos los problemas de salud, ambientales y sociales relacionados con el tabaquismo, el tabaco también tiene un importante peso económico (ver artículo de López A en este número). Precisamente, en algunos casos los pobres son los que consumen más tabaco, como lo demuestran estudios realizados en Bangladesh (8).

Otro aspecto importante es el de la publicidad y las estrategias promocionales de los productos del tabaco, que aún cuando se han visto restringidos en muchos países desarrollados, no lo han sido tanto en la mayoría de los países en desarrollo o subdesarrollados. Se han continuado realizando grandes esfuerzos de mercadotecnia y campañas publicitarias incluso en países como el nuestro donde fue tan sonado el convenio establecido entre las autoridades de salud y las compañías productoras de tabaco en cuanto a sus campañas en medios. Por motivos que desconocemos pero con el antecedente de cuestionamientos hechos en su momento (9) dicho convenio es actualmente inoperante, al menos en algunas acciones, porque continúan llevándose a cabo campañas y promocionales espectaculares, en la vía pública, en la cercanía de los centros escolares, en la promoción de eventos deportivos y actividades atractivas y por ende dirigidas hacia los jóvenes.

Todo ello, obligándonos a buscar nuevas estrategias para disminuir la demanda y prevenir el tabaquismo particularmente entre los jóvenes; no obstante, con la gran diferencia en recursos, organización e infraestructura con los que contamos tanto los grupos académicos como civiles, aparte de los sectores oficiales, comparado con los recursos y poderío económico de las empresas tabacaleras.

En el mundo existen alrededor de 1300 millones de fumadores ocupando el 4º factor de riesgo más frecuente para las enfermedades. El tabaquismo es la primera causa de muerte que se puede prevenir y se asocia con las 3 principales 6 causas de mortalidad general.

En México, la prevalencia de tabaquismo en la población urbana adulta es de 26.4 % (13.9 millones de personas) (10) y se asocia con mas de 45,000 muertes relacionadas al año (*ver artículo de Prado et al. en este número*). Asimismo, hay diferencias y variaciones relacionadas con el género, edad, ingresos económicos, y region geográfica (10-12) entre otras variables.

En todo el mundo ha habido muchos programas nacionales, planes e iniciativas para controlar el tabaco (*ver artículo de Haro et al. en este número*). Desafortunadamente la puesta en práctica, la implementación y la evaluación de todas esas medidas no ha sido fácil ni de la mejor manera. Un gran avance para el control de este problema ha sido el Convenio marco para el control del tabaco, firmado en mayo de 2003 y ratificado por varios países entre ellos México (marzo de 2004), en donde entre otras cosas se incluyen aspectos, estrategias y medidas para controlar el problema a través de medidas como son el control de la oferta y el control de la demanda. Entre las medidas para la reducción de la oferta se encuentran el control sobre el comercio legal e ilegal de los productos de tabaco, el control sobre la venta a menores de edad y el apoyo a otras actividades económicamente viables (13).

Entre las medidas para disminuir la demanda se encuentran el precio de los productos y los impuestos, el principio para la protección de la población contra la exposición al humo de tabaco (*ver artículo de Carr A en este número*), la regulación de las substancias que contiene el tabaco, la regulación de las declaraciones de los fabricantes, regulación del empaque y etiquetas de los cigarros; programas de educación, comunicación y capacitación a educadores y personal de salud, programas de información al público; regulación de la publicidad, campañas y eventos de promoción y patrocinios de los fabricantes de cigarros; medidas relacionadas con la disminución de la dependencia y suspensión del tabaquismo.

En resumen, el tabaquismo es un problema que no solo afecta a un grupo de personas, población o país sino que es un problema generalizado en todo el mundo. Por tal motivo ya no es posible controlarlo (regularlo, reglamentarlo, restringirlo o incluso prohibirlo) tan simple ni tan fácilmente, sino que en el momento actual requiere de la acción concertada y participación de todos los actores que están involucrados desde los fumadores y los no fumadores hasta los fabricantes y productores incluyendo a las autoridades en todas las jerarquías, para poder ganar la batalla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- World Health Organization. World health report 2003. Global health: today's challenges. Geneve: WHO 2004
- 2.- World Health Organization. World health report 2003. Neglected global epidemics: three growing threats. Geneve: WHO 2004
- 3.- World Health Organization. World health report 2003. Burden of disease. Geneve: WHO 2004
- 4.- Caraballo RS, Lee CW. Tobacco use among Mexicans and their descendants in the United States. *Salud Publica Mex* 2004; 46: 241-250
- 5.- Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública Mex* 2002; 44 (supl1): S144-S160
- 6.- Departamento de salud, educación y bienestar de los Estados Unidos de América. Tabaquismo y salud. Informe del Cirujano general de 1964 acerca de los daños a la salud atribuibles al consumo de tabaco. *Salud Pública Mex* 2002; 44 (supl1): S171-S184
- 7.- Alvarez FJ. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco M, Hernández MA y Torrecilla M. Eds. Manual de prevención y tratamiento de tabaquismo. 2ª ed. Madrid. Ergon. 2003
- 8.- PATH Canada. Tobacco and poverty, Canada. 2004
- 9.- Campollo O. Editorial. Anuario de investigación en Adicciones 2002, 3: 3
- 10.- Secretaría de Salud, México. Encuesta Nacional de Adicciones). México, 2002

11.- Fernández-Garate IH, Escobedo de la Peña J, Harnandez Tamayo D, et al. Tobacco consumption among the active insured population of the mexican social security institute. Salud Publica Mex 1997; 39: 125-132

12.- Vázquez Segovia LA, Sesma Vazquez S, Hernandez Avila M. Tobacco consumption in Mexican household: results from the national household income and expenditure survey, 1984-2000 Salud Pública Mex 2002; 44 suppl 1: S76-S81

13.- Organización Mundial de la salud (OMS). Marco de la convención de la OMS para el control del tabaco. 56ª Asamblea mundial de salud. 21 mayo 2003. Resolución No. 56.1

ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DEL TABACO.

González-Garrido, A. A.^{1,2} y Gómez-Velázquez F. R.²

1. Unidad de Neurociencias. Hospital Civil de Guadalajara
2. Instituto de Neurociencias. Universidad de Guadalajara

En la actualidad, el hábito de fumar se reconoce como uno de los principales azotes de la salud pública debido a su repercusión negativa, directa o indirecta, sobre los diferentes sistemas del organismo humano. Adicionalmente, son enormes las dificultades que deben enfrentar las campañas públicas destinadas a promover el abandono del consumo del tabaco o evitar su inicio.

El tabaco, que proviene de la planta *nicotiana tabacum* se ha usado por siglos de forma inhalada, masticada o fumada. Cuando la nicotina fue aislada de las hojas del tabaco en 1828, los científicos empezaron a estudiar sus efectos sobre el cerebro y el cuerpo humano, encontrando que es ésta la principal sustancia que actúa sobre el cerebro y produce adicción. Estudios más recientes han mostrado que la nicotina es tan poderosamente adictiva como otras drogas tales como la heroína o la cocaína. Algunos de los efectos de la nicotina incluyen cambios en la respiración, la presión sanguínea, constricción de las arterias e incremento del alertamiento. Muchos de estos efectos son producidos a través de su acción sobre el sistema nervioso central y periférico.

El desarrollo y sostenimiento de la adicción por el tabaco comparte con otras adicciones el hecho de que la exposición al mismo (inicialmente impulsada por el contexto social) resulta en un cambio progresivo en circuitos cerebrales que actúan como reforzadores del hábito y que en ausencia de la exposición, determinan la necesidad de su búsqueda.

La nicotina estimula las neuronas dopaminérgicas estriatales y los cambios ocurridos en las vías dopaminérgicas mesolímbicas (estables a largo plazo) podrían actuar como reforzadores positivos durante la exposición, determinando la sensación de carencia en caso de supresión y la aparición de conductas de búsqueda.

Aunque el principal efecto de la nicotina ocurre por activación directa de sus receptores específicos en la vía colinérgica, se ha demostrado la presencia de mecanismos interactivos entre las vías de neurotransmisión colinérgica y dopaminérgicas en el cerebro. La interacción entre las vías resulta crucial para poder sustentar los procesos del aprendizaje, la memoria, la atención, los mecanismos de dependencia-recompensa, así como para poder explicar el desarrollo de trastornos neurodegenerativos (1-4). La activación de los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) o de las terminales nerviosas no colinérgicas induce la liberación de varios neurotransmisores que incluyen dopamina (DA) (5-8).

Se ha planteado que varios subtipos de nAChR podrían servir como mediadores de los efectos provocados por la liberación de dopamina lo cual incluye las subunidades α_3 , α_4 , α_5 y α_7 (5, 9-11). Desde el punto de vista estructural, se ha reportado que la nicotina produce liberación de dopamina en el núcleo accumbens, el striatum y la corteza frontal (12-15).

Se conoce que el tratamiento crónico con agonistas nicotínicos regula a la alza la acción de los nAChR. Probablemente este fenómeno pueda ser explicado como una respuesta adaptativa fisiológica a la desensibilización de los nAChR (16-17) o como un cambio regulatorio dependiente de mecanismos post-transcripcionales en estos receptores (18-21). De este modo, en distintos experimentos con animales se ha demostrado que una sola dosis de nicotina es capaz de producir un incremento significativo en la liberación de dopamina en varias regiones cerebrales.

Se ha reportado que los agonistas nicotínicos pueden afectar de manera diferente las vías de neurotransmisión cerebral, en dependencia de la selectividad respecto a los subtipos de receptores estimulados en cada caso (22). De cualquier modo, las respuestas dopaminérgicas mesolímbica y mesocorticales asociadas al inicio y sostenimiento de los cambios neurocerebrales que sustentan las conductas adictivas pueden diferir de aquellas observadas en la vía nigroestriatal (23), donde promueven la coordinación y el balance motor. Las proyecciones dopaminérgicas desde el área ventral tegmental

(AVT) al estriado ventral, la corteza prefrontal y las áreas límbicas participan en el refuerzo y en procesos de aprendizaje asociativo.

En términos generales podría decirse que debido a que la estructura química de la nicotina es similar a la de la acetilcolina, esto le permite activar receptores colinérgicos y propiciar incrementos en la liberación de dopamina. Pero a diferencia de la acetilcolina, cuando la nicotina entra en el cerebro, activando los receptores colinérgicos, puede afectar el funcionamiento normal del mismo y el incremento en la liberación de dopamina (similar al ocasionado por la heroína y la cocaína) parece ser responsable de las sensaciones placenteras experimentadas por muchos fumadores. El consumo regular de nicotina ocasiona cambios tanto en el número de receptores colinérgicos, como en su sensibilidad a la nicotina y la acetilcolina, algunos de estos cambios pueden ser responsables del desarrollo de la tolerancia a la nicotina. Una vez que se ha desarrollado tolerancia, el usuario de nicotina debe proveer regularmente al cerebro de dicha sustancia para mantener su funcionamiento dentro de un rango estable. Si los niveles de nicotina caen, entonces el adicto comienza a tener sensación de incomodidad y aparecen los síntomas de abstinencia.

Por otra parte, la nicotina no es el único ingrediente psicoactivo del tabaco. Se ha encontrado que fumar causa una dramática disminución en los niveles de la enzima monoamino-oxidasa-A (MAO-A), que es la encargada de degradar la dopamina. La disminución de la MAO-A ocasiona un incremento en los niveles de dopamina, efecto que no es ocasionado directamente por la nicotina sino por otro mecanismo aún desconocido. De este modo, puede haber múltiples vías por las cuales fumar altera los niveles de dopamina y finalmente produce sensaciones de placer y recompensa.

Aunque resulte paradójico, la libre decisión del individuo para ser o no fumador, no es tan libre en su inicio y parece serlo menos en la medida en que se expone al tabaco. Hay numerosas variables cuya contribución debe ser considerada al momento de evaluar el inicio del consumo como: la edad del sujeto, el género, sus grupos de pertenencia y referencia, status socio-económico, personalidad de base y otras muchas que implican, en la mayoría de los casos, cierta retribución social que se expresa como una mejor autoimagen personal, incremento en la autoestima, sentimiento de mayor aceptación de sus pares, etc.

Una vez iniciado el consumo, se puede constatar mejor el poderoso efecto adictivo de esta droga si se considera el gran número de personas que siguen consumiendo tabaco a pesar de conocer los severos efectos que ocasiona en su salud. La dificultad para dejar de fumar, entonces, incluye la necesidad de superar una serie de factores psicológicos que se adicionan a la necesidad neurofisiológica del tabaco. El hábito de fumar se asocia progresivamente a conductas sociales o rutinas cotidianas, por lo que resulta muy difícil disociarlas del consumo del cigarro. La asociación entre el cigarro y una taza de café, una bebida alcohólica, una relación sexual, entre otras, convierten a estas situaciones en reforzadores sociales de la conducta de búsqueda y consumo.

Los esfuerzos dirigidos a la erradicación del consumo del tabaco requieren del concurso tanto de personal médico como psicológico que propicie la ruptura de la asociación entre el tabaco y actividades placenteras, en virtud de la creación de nuevas asociaciones conductuales o la exaltación de beneficios sociales ligados a la ausencia del tabaco.

Referencias

- 1.- Beninger, R.J. (1983). The role of DA in locomotor activity and learning. *Brain Res.* 6, 173–196.
- 2.- Albuquerque, E.X.; Alkodon, M.; Pereira, E.F.R.; Castro, N.G.; Schrattenholz, A.; Barbosa, C.T.F.; Bonfante-Cabarcas, R.; Aracava, Y.; Eisenberg, H.M.; Maelicke, A. (1997). Properties of neuronal nicotinic acetylcholine receptors: pharmacological characterization and modulation of synaptic function. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 280, 1117–1136.
- 3.- Paterson, D.; Nordberg, A. (2000). Neuronal nicotinic receptors in the human brain. *Prog. Neurobiol.* 61, 75–111.
- 4.- Dani, J.A. (2001). Overview of nicotinic receptors and their roles in the central nervous system. *Biol. Psychiatry* 49, 166–174.
- 5.- Wonnacott, S. (1997). Presynaptic nicotinic ACh receptors. *Trends Neurosci.* 20, 92–98.
- 6.- Sershen, H.; Balla, A.; Lajtha, A.; Vizi, E.S. (1997). Characterization of nicotinic receptors involved in the release of noradrenaline from the hippocampus. *Neuroscience* 77, 121–130.
- 7.- Klink, R.; de Kerchove d'Exaerde, A.; Zoli, M.; Changeux, J-P. (2001). Molecular and physiological diversity of nicotinic acetylcholine receptors in the midbrain dopaminergic nuclei. *J. Neurosci.* 21 (5), 1452–1463.

- 8.- Jones, I.W.; Bolam, J.P.; Wonnacott, S. (2001). Presynaptic localization of the nicotinic acetylcholine receptor beta2 subunit immunoreactivity in rat nigrostriatal dopaminergic neurons. *J. Comp. Neurol.* 439, 235–247.
- 9.- Kulak, J.M.; Nguyen, T.A.; Olivera, B.M.; McIntosh, J.M. (1997). Alpha-conotoxin MII blocks nicotine-stimulated dopamine release in rat striatal synaptosomes. *J. Neurosci.* 17, 5263–5270.
- 10.- Salas, R.; Orr-Urteger, A.; Broide, R.S.; Beaudet, A.; Paylor, R.; De Biasi, M. (2003). The nicotinic acetylcholine receptor subunits $\alpha 5$ mediates short-term effects of nicotine in vivo. *Mol. Pharmacol.* 63, 1059–1066.
- 11.- Schilström, B.; Svensson, H.M.; Svensson, T.H.; Nomikos, G.G. (1998). Nicotine and food induced dopamine release in the nucleus accumbens of rat: putative role of $\alpha 7$ nicotinic receptors in the ventral tegmental area. *Neuroscience* 85, 1005–1009.
- 12.- Nisell, M.; Nomikos, G.; Hertel, P.; Panagis, G.; Svensson, T. (1996). Condition-independent sensitization of locomotor stimulation and mesocortical dopamine release following chronic nicotine treatment in the rat. *Synapse* 22, 369–381.
- 13.- Wonnacott, S.; Kaiser, S.; Mogg, A.; Solikov, L.; Jones, I.W. (2000). Presynaptic nicotinic receptors modulating dopamine release in the rat striatum. *Eur. J. Pharmacol.* 393, 51–58.
- 14.- Dani, J.A.; De Biasi, M. (2001). Cellular mechanisms of nicotine addiction. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 70, 439–446.
- 15.- Marshall, D.L.; Redfern, P.H.; Wonnacott, S. (1997). Presynaptic nicotine modulation of dopamine release in the three ascending pathways studied by in vivo microdialysis: comparison of naive and chronic-treated rats. *J. Neurochem.* 68, 1511–1519.
- 16.- Schwartz, R.D.; Kellar, K.J. (1985). In vivo regulation of [3H]acetylcholine recognition sites in brain by nicotinic cholinergic drugs. *J. Neurochem.* 45, 427–433.
- 17.- Wooltorton, J.R.A.; Pidoplichko, V.I.; Broide, R.S.; Dani, J.A. (2003). Differential desensitisation and distribution of nicotinic acetylcholine receptor subtypes in midbrain dopamine areas. *J. Neurosci.* 23 (8), 3176–3185.
- 18.- Peng, X.; Gerzanich, V.; Anand, R.; Whiting, P.; Lindstrom, J. (1994). Nicotine-induced increase in neuronal nicotinic receptors results from a decrease in the rate of receptor turnover. *Mol. Pharmacol.* 46, 523–530.
- 19.- Zhang, X.; Gong, Z-H.; Hellström-Lindh, E.; Nordberg, A. (1995). Regulation of $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptors in M10 cells following treatment with nicotinic agents. *NeuroReport* 6, 313–317.
- 20.- Molinari, E.J.; Delbono, O.; Messi, M.L.; Renganathan, M.; Arneric, S.P.; Sullivan, J.P.; Gopalakrishnan, M. (1998). Upregulation of human $\alpha 7$ nicotinic receptors by chronic treatment with activator and antagonist ligands. *Eur. J. Pharmacol.* 347, 131–139.
- 21.- Whiteaker, P.; Sharples, C.G.V.; Wonnacott, S. (1998). Agonist-induced upregulation of $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic acetylcholine receptors in M10 cells: pharmacological and spatial definition. *Mol. Pharmacol.* 53, 950–962.
- 22.- Rao, T.S.; Correa, L.D.; Adams, P.; Santori, E.M.; Sacaan, A.I. (2003). Pharmacological characterization of dopamine, norepinephrine and serotonin release in the rat prefrontal cortex by neuronal nicotinic acetylcholine receptor agonists. *Brain Res.* 990, 203–208.
- 23.- Seppä, T.; Ahtee, L. (2000). Comparison of the effects of epibatidine and nicotine on the output of dopamine in the dorsal and ventral striatum of freely-moving rats. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol.* 362, 444–447.

PROGRAMA DE ACCIÓN TABAQUISMO * **(*Tobacco action program*)**

José Ángel Prado G, Teresa Maccheto Navarro, Raúl Martín del Campo S.
Consejo Nacional contra las Adicciones, México.

SITUACIÓN ACTUAL

Desde hace varios años se ha identificado al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo; investigaciones realizadas en diversos países, reportan un ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como una disminución en la edad de inicio de la conducta de fumar (1-6).

La Organización Mundial de Salud (OMS) indica que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de 8 242 muertes por día y cuatro millones al año en el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo (7-11).

Las tendencias actuales indican que para el año 2020 más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida, para el 2030 siete de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo (12).

El Banco Mundial señala que el tabaco es un problema mayor de las poblaciones pobres, jóvenes, de bajo nivel educativo y de bajos ingresos. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco representan sólo 5% en las poblaciones con una educación media y superior mientras que este porcentaje se incrementa a 19% en los grupos que tienen primaria como máximo nivel académico.

* Resumen y actualización del programa realizado por los autores

El tabaquismo en el contexto nacional

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece que la salud de la población es una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades, desde éste abordaje la salud es vista como un valor compartido y como un objetivo social.

En las últimas décadas se observa en el país un descenso en la mortalidad producto de enfermedades infectocontagiosas propias del subdesarrollo y las principales causas de muerte se han modificado; la variación en el panorama epidemiológico de las enfermedades no transmisibles y lesiones, presenta un aumento de tal magnitud, que el sector las asume como patologías emergentes.

El tabaquismo se ubica dentro de las patologías que requieren atención emergente, considerado incluso por algunos especialistas como la epidemia del siglo y los datos demuestran que existe una fuerte vinculación con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad (13-19).

En México se estima que 147 personas mueren diariamente por causas asociadas al tabaco, esta es una de las razones por las que el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas de Salud Pública prioritarios. En el presente, se perfila como una enfermedad no transmisible que, de no establecer medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención (19).

Desde 1980 las enfermedades del corazón, constituyen la primera causa de mortalidad y para 1998 representó el 15.4 % de todas las defunciones; más de la mitad de estos casos (62.4%) corresponden a cardiopatía isquémica, patología asociada directamente con el tabaquismo (20).

La tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años, en una relación de 2.5 hombres por una mujer. Entre 1992 y 1998 la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementarse, alcanzando 735 en el último año. Algunos especialistas consideran al tabaquismo como la epidemia del siglo. La cardiopatía isquémica, constituye una de las principales causas de mortalidad y es una patología asociada al tabaquismo (20-23).

Además de los riesgos para la salud, los costos sociales incluyen ausentismo escolar y laboral, disminución de la productividad, altos costos en la atención médica, problemas de salud mental, y pérdida en años de vida productiva, entre otros.

Patrones de consumo

Las estadísticas nacionales de fumadores indican que la región centro tiene una prevalencia de 32.3%, la región norte de 26.5% y la región sur de 18.5%, comparadas con un promedio nacional de 27.7%. La región norte está comprendida por Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Durango,

Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, San Luis Potosí y Nuevo León. La región centro está comprendida por Aguascalientes, Guanajuato, Nayarit, Querétaro, Colima, Hidalgo, Zacatecas, Jalisco, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Estado de México y Distrito Federal. Los estados que comprenden la región sur son Michoacán, Guerrero, Veracruz, Tabasco, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca y Chiapas.

Respecto al género, 39.1% de los varones y 16.1% de las mujeres en la población urbana fuma, en la población rural los mismos datos respectivamente corresponden a 27.1% y 3.5%. Según la ENA 02, el grupo etáreo con mayor prevalencia es el de los 18 a 29 años de edad (40.1%), demostrando que, conforme avanza la edad, el consumo de tabaco disminuye a 12.7% en el grupo de 50 a 65 años de la población urbana. En la rural encontramos respectivamente 28.8% y 27.1%, siendo la edad con menor porcentaje la de 30 a 39 años.

En cuanto a la distribución de fumadores en población de 12 a 65 años según escolaridad, encontramos que, para personas con nivel de secundaria la prevalencia es de 26.5%, para la población urbana y de 18.9% para la rural. Para personas con primaria la prevalencia es de 23.0% para la población urbana y 51.9% para la rural.

Consumo de tabaco por menores de edad

Si se toma en cuenta, que las personas que consiguen abstenerse de consumir tabaco durante la adolescencia es poco probable que se conviertan en adictas, ya que existe una fuerte vinculación entre el inicio a edades tempranas y la posibilidad de desarrollar la adicción a la nicotina, los adolescentes son un grupo de alto riesgo que debe ser fuertemente protegido del mercadeo de las tabacaleras.

En un estudio realizado en 1991 por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría entre la población escolar, el rango de edad que se reportó como más crítico para iniciar el consumo fue de 11 a 14 años.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 02) indica que la escolaridad de los jóvenes fumadores de áreas urbanas fue de casi la mitad de ellos (40.7%) de nivel secundaria, seguidos del 35.4% con preparatoria y del 23.4% con primaria. En áreas rurales poco más de la mitad de ellos (55.2%) tienen como máxima escolaridad la primaria, seguidos por el 43.4% que han cursado la secundaria y tan solo 1.4% estudian preparatoria.

Un estudio realizado en 1997 en el Distrito Federal respecto a la accesibilidad al tabaco de los menores de edad, demostró que 79% de los expendedores venden cigarrillos a menores a pesar de que existe una prohibición en la Ley General de Salud. La venta de cigarros sueltos es otra práctica generalizada, a pesar de existir también la prohibición de venta por unidad.

De acuerdo con los resultados de estudios sobre el conocimiento del tabaco en escolares de primaria, los anuncios promueven la asociación de masculinidad y libertad como mecanismo para consumir tabaco.

Consumo de tabaco en mujeres

La connotación que la cultura ha dado en los últimos años al consumo de tabaco por mujeres, vinculándolo a la igualdad de derechos, a la lucha por la equidad de género, de justicia y de autonomía, entre otros, hace que el tabaquismo en las mujeres tenga mayor aceptación social y crezca rápidamente a pesar de que el organismo de la mujer es más vulnerable a los efectos del tabaco, lo cual nos obliga a realizar actividades informativas sobre los daños que le ocasiona (18).

Sobre este tema se tiene que mencionar especialmente, los efectos que produce el tabaco en el feto de madres fumadoras, quienes, durante la gestación, exponen al producto a componentes tóxicos que circulan por la sangre materna y atraviesan la barrera placentaria. La madre que fuma

durante el embarazo daña su salud y la del producto, afectando sus pulmones y causando cambios permanentes en su estructura y funcionamiento (24).

El tabaquismo es una causa importante de enfermedades cerebro vasculares, por ejemplo, la hemorragia subaracnoidea es más probable en mujeres fumadoras que en las que no lo son, además, el uso simultáneo de cigarrillo y anticonceptivos orales aumenta este riesgo.

Fumar durante el embarazo provoca entre 20 a 30% de los casos de bajo peso en los recién nacidos; 14% de los partos prematuros y cerca del 10% de las defunciones infantiles. La posibilidad de contraer asma se duplica en niños cuyas madres fuman más de 10 cigarrillos al día (25).

Entre cuatrocientos mil y un millón de niños asmáticos empeoran su situación al ser expuestos involuntariamente al humo de cigarro. Algunos reportes indican que en el mundo existen aproximadamente 200 millones de mujeres fumadoras. La ENA 02, reporta que en México la prevalencia de mujeres fumadoras en áreas urbanas fue de 16.1%, lo que representa más de 4 millones de mujeres fumadoras, y para la población rural fue de tan sólo 3.5% (325, 230 mujeres).

Tabaquismo involuntario

La mayor parte de la contaminación ambiental que produce el tabaco procede de la fuente secundaria de humo, la cual contiene una variedad de agentes tóxicos mayor que la principal. El fumador pasivo o involuntario, es toda persona que inhala el humo de la combustión de productos de tabaco que se encuentra en el aire en ambientes cerrados (20).

Durante muchos años se pensó que el tabaquismo pasivo o involuntario tenía nula o poca importancia, atribuyéndole sólo efectos irritantes sobre la conjuntiva ocular o el tracto respiratorio superior. Las primeras referencias suficientemente documentadas del tabaquismo pasivo se realizaron en la década de los setenta, se estableció que es un riesgo innecesario, involuntario, que repercute negativamente sobre la salud del organismo del no fumador (26).

En 1986 los hallazgos en la materia llevan a los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de Norteamérica (NIH), a declarar que fumar pasivamente es causa de diversas enfermedades entre las que se incluye el cáncer de pulmón (27-30).

Aunque es difícil evaluar los efectos del tabaquismo pasivo, actualmente se usan los marcadores biológicos que permiten valorar la exposición reciente al humo de tabaco ambiental, así como los métodos epidemiológicos, que evalúan los resultados de la exposición crónica en la salud de la población (31-35).

Estudios realizados en sujetos no fumadores han detectado la presencia de tóxicos componentes del humo del cigarro en niveles orgánicos similares a los detectados en fumadores habituales leves.

Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de

Los fumadores involuntarios obligados a inhalar el humo del tabaco en el ambiente, producido por los fumadores activos en la escuela, el trabajo o en el hogar, llegan a ser considerados como fumadores leves, es decir, están expuestos a los mismos riesgos a la salud que los fumadores activos. Con estas evidencias se ha llegado a un acuerdo generalizado en la comunidad científica para afirmar,

que la exposición crónica del fumador pasivo es un riesgo real para la salud. En México se han hecho declaraciones sobre este tema, para promover iniciativas que protejan a la población no fumadora, pues actualmente se sabe que la fuente secundaria del humo de tabaco es una de las principales causas de contaminación atmosférica en ambientes cerrados (20,36).

Con base en los datos de las Encuestas Nacionales de Adicciones, en 1988 42.5% de la población encuestada estaba expuesta, de manera involuntaria al humo del tabaco en su hogar, lo cual representa 11 358 400 de personas; a pesar de que reconocen que el humo del tabaco afecta la salud, esta cifra se incrementó en 1998 a 18 144 032 lo que representa el 52.6% de la población, conformada en su mayoría por mujeres. Datos de la ENA del 2002 la prevalencia de fumadores pasivos en el área urbana fue de 36.1% y en la rural de 26.2%.

Prevención

La prevención debe desarrollarse en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar que representa el conjunto de esfuerzos encaminados a lograr la reducción o eliminación del uso de drogas, en este caso la nicotina del tabaco, o al menos el retraso en su inicio, así como de los problemas asociados a este consumo.

Toda estrategia preventiva debe contener acciones para la restricción de la oferta y de la disponibilidad de la droga; la disminución de la demanda y de los consumidores potenciales, así como la mejoría del estilo de vida y el contexto social en el cual se presenta el consumo.

La prevención primaria debe atender, sobre todo, a las nuevas generaciones, incluyendo a la pubertad y la adolescencia, etapas vulnerables a las dependencias, debido a las características del proceso madurativo biológico y psicológico que se vive; en esta edad los individuos son especialmente sensibles y el grupo de pares es capaz de ejercer una gran influencia en la adopción de conductas de riesgo (37).

Para los propósitos de la prevención en niños y jóvenes es importante también, considerar el entorno y la dinámica familiares, asimismo, la actitud social, la publicidad que induce al consumo, el comportamiento de figuras públicas (deportistas, actores, políticos) en relación con el consumo y la veracidad de la información difundida sobre los efectos a la salud, además de la orientación para ocupar el tiempo libre (37).

Acciones de prevención y cobertura

Para lograr una cobertura nacional en las acciones del Programa contra el Tabaquismo, el Consejo Nacional contra las Adicciones está representado en los servicios de salud de todas las entidades de la República a través de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), y de los Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA).

El rango de desarrollo de actividades es variado y en cada entidad los integrantes de los Consejos y de los Comités demuestran diferentes grados de iniciativa y de compromiso con el Programa, pero en la mayoría de ellos existe la necesidad de trabajar en el combate al tabaquismo, por lo que se promueve el trabajo en la comunidad, especialmente con la población escolar de educación básica.

Dentro de las acciones preventivas que CONADIC ofrece, promoviendo estilos de vida saludable, se encuentran la información a los diferentes sectores de la población sobre los riesgos asociados al tabaquismo, tanto para la población consumidora como para la que no se ha iniciado en el consumo, así como para sensibilizar a la comunidad de su corresponsabilidad en la lucha contra el tabaquismo.

Entre los esfuerzos de comunicación que se han llevado a cabo para abordar el tema del tabaquismo existen, materiales impresos, audiovisuales, spots para radio y televisión y campañas de sensibilización, entre otros.

Acciones en otras instituciones del sector

El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE, los servicios médicos de SEDENA, PEMEX y Marina, en sus unidades y niveles de atención, realizan para su población derechohabiente actividades de información y difusión

de los daños a la salud que produce el consumo de tabaco (38).

En el IMSS, también se trabaja para que se incorpore en sus instalaciones, el concepto de Áreas libres de humo de tabaco, con lo cual se pretende fortalecer la cultura de la salud en los usuarios del servicio y en el personal médico y no médico adscrito al instituto.

El ISSSTE, por su parte, ha incorporado al quehacer de las Comisiones mixtas de seguridad e higiene, intervenciones preventivas del consumo de tabaco.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, en los programas de promoción de la salud para grupos vulnerables, incluye acciones de prevención del tabaquismo, las cuales son realizadas a través de sesiones educativas e informativas sobre aspectos básicos de cuidado de la salud, y sobre el abandono del tabaquismo y de otras adicciones.

Prevención en el ámbito educativo

La Secretaría de Educación cuenta con un amplio programa de salud del escolar, para el nivel de educación básica, en el cual se incluyen contenidos y actividades específicas referentes a la

prevención de las adicciones, donde se encuentra un espacio destinado a la prevención del tabaquismo que tiene importancia especial por la edad de la población a la que está dirigido, que precisamente coincide con la edad promedio de inicio (37).

Desde 1994 se incluyeron contenidos en los libros de texto gratuito de 4º, 5º y 6º de primaria. A partir de 1998 se incorporó la asignatura de orientación educativa en la currícula de educación secundaria, destinándole determinado número de horas clase, al tema de las adicciones (37).

Otra de las estrategias que se ha incorporado en los últimos años es la que pretende que las escuelas sean ambientes libres de humo de tabaco. A la fecha se han reconocido 59 Edificios libres del humo del tabaco en los estados de Michoacán, San Luis Potosí, Aguascalientes y Campeche, y 21 en el Distrito Federal.

Por otra parte, desde 1994, la Subsecretaría de Educación Básica para el Distrito Federal ha implantado, en la mayoría de las delegaciones políticas del Distrito Federal, el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones, PEPCA/SEP, que tiene siete proyectos para ser trabajados de manera extracurricular, uno de ellos es el de Prevención del consumo de tabaco, mismo que ha sido el más solicitado desde su puesta en marcha.

Es importante mencionar que uno de los esfuerzos más significativos de la difusión del modelo preventivo Construye tu vida sin adicciones hacia la comunidad escolar, se dió gracias a la coordinación establecida entre el CONADIC y la Dirección General de Materiales y Métodos Educativos de la SEP. El trabajo conjunto permitió realizar una experiencia piloto en tres ciudades de la República, Pachuca, Hermosillo y Querétaro, dando como resultado que el modelo fuera adoptado por la SEP, para lo cual se reprodujo el Manual para población preadolescente y adolescente temprana, a fin de usarlo en escuelas primarias y secundarias del país.

El Instituto Mexicano de la Juventud, organismo descentralizado del sector educativo, en su Programa Nacional Juvenil de Prevención de las Adicciones, PREVEA, de difusión nacional a través de los Institutos Estatales del Deporte y de la Juventud, promueve la realización de actividades preventivas del tabaquismo.

En el nivel de educación superior existen diversas iniciativas, baste señalar algunas de ellas para hacer hincapié en el interés que existe por prevenir el tabaquismo.

Recientemente el Instituto Politécnico Nacional ha incorporado para la formación de los alumnos, el diplomado en desarrollo humano, en el cual se atiende, de manera prioritaria, la prevención de adicciones. También ha establecido una clínica para el abandono del tabaquismo y promueve el establecimiento de espacios libres de humo de tabaco.

Por su parte, la UNAM ha implantado el programa Habilidades para Vivir, con contenidos preventivos y ha establecido una clínica para el abandono del tabaquismo en la Facultad de Medicina, además promueve espacios libres de humo de tabaco. Dicha Facultad, así como la Dirección General de Servicios Médicos han sido reconocidos como Edificios libres de humo de tabaco en congruencia con los principios de la salud pública y los objetivos de la Universidad. Diferentes campus del Tecnológico de Monterrey se han definido como ambientes libres de humo de tabaco, prohibiendo el consumo de cigarros a toda la comunidad educativa. Esta política de restricción también se aplica en otras universidades. Algunas escuelas y facultades de medicina, públicas y privadas han iniciado la formación de médicos no fumadores (39,40).

Servicios para el tratamiento y la rehabilitación de fumadores

El término tratamiento se utiliza para definir el proceso que comienza cuando los consumidores de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud u otro servicio comunitario y puede continuar a través de una serie de intervenciones concretas hasta que el usuario abandona su uso y alcanza un nivel de salud y bienestar más altos (39).

Aún cuando desde hace varias décadas se puso de manifiesto la peligrosidad del tabaco, no se consideró que la nicotina fuese una droga, a pesar del alto índice de recaídas en fumadores que habían tratado de dejar de fumar, el cual es análogo al de los adictos a la heroína. Cuando se demostró el poder adictivo de la nicotina y se reclasificó a través del DSM IV, se inició la investigación de alternativas para favorecer el abandono de esta adicción.

Las alternativas para dejar de fumar son variadas. El fumador que quiere dejar de fumar debe conocer las molestias a las que se va a enfrentar y poner en marcha estrategias para evitarlas, entre otras incrementar su ejercicio físico y vigilar su alimentación ante un probable aumento de peso (39).

Si bien es cierto que un porcentaje de fumadores logra abandonar el consumo sin ningún apoyo farmacológico o de otro tipo, dejando de fumar de manera voluntaria y repentina, por convicción, autodominio, miedo a contraer enfermedades u otras razones, la mayoría de los casos requieren de apoyo complementario especialmente durante las primeras 8 ó 12 semanas de abstinencia, que es el periodo más crítico para las recaídas (39).

En el tratamiento para el abandono del tabaco se distinguen cuatro tipos de modalidades:

- _ Terapia de sustitución
- _ Terapia de bloqueo
- _ Terapia de soporte
- _ Otras terapias farmacológicas

Terapias de sustitución

La terapia de sustitución consiste en administrar nicotina, por una vía distinta a la de fumar, en dosis progresivamente decrecientes hasta lograr la rehabilitación.

Existen varias vías de terapia sustitutiva de nicotina, como son los parches dérmicos, chicles, inhalador bucal, también se están haciendo pruebas para producir un spray nasal. En este modelo se busca que los dependientes sean capaces de superar su adicción con las dosis que reciben a través del sistema sustitutivo de administración de nicotina y reducir paulatinamente la dosis diaria hasta que los síntomas sean mínimos y tengan mayores probabilidades de éxito.

El parche dérmico consiste en la administración cutánea de nicotina que logra concentraciones plasmáticas sostenidas; por su facilidad de uso parece superar al chicle en cuanto a complemento terapéutico para la cesación, pero el paciente no tiene el control cuando requiere mayor cantidad de nicotina. Las reacciones adversas más frecuentes son alteraciones cutáneas, mareos, insomnios y cefaleas. Está contraindicado cuando existan padecimientos dermatológicos y úlceras gastro duodenales.

Otro de los productos más utilizados en este tipo de terapias son los chicles que contienen de 2 a 4 mg. de nicotina y deben masticarse lentamente hasta que la nicotina se libere. Este tratamiento está contraindicado en personas con enfermedades cardiovasculares, en el embarazo o durante la lactancia, en enfermos mentales y en pacientes que cursan otra dependencia.

Otra forma de terapia de sustitución es la administración de nicotina por vía oral, a través del llamado cigarrillo sin humo, que consiste en un tubo de plástico que asemeja al cigarro, en cuyo interior hay un dispositivo impregnado con nicotina, útil para fumadores en los que la adicción está muy condicionada a la manipulación de los cigarrillos y a tenerlos en la boca. También permite al paciente controlar las dosis de nicotina cuando sienten con mayor intensidad los síntomas de abstinencia (41,42).

Terapias de bloqueo

Consiste en el bloqueo de receptores nicotínicos con fármacos, lo cual reduce la satisfacción de fumar, pero presenta reacciones adversas por su efecto bloqueador, lo cual hasta la fecha limita su uso.

El Bupropión de liberación prolongada, (anfebutamona) es un inhibidor selectivo relativamente débil de la recaptura de norepinefrina, serotonina y dopamina, que no inhibe a la monooxidasa y se utiliza como medicamento antidepresivo, que ha demostrado utilidad como coadyuvante para dejar de fumar.

Está contraindicado en pacientes con trastornos epilépticos, con antecedentes de hipersensibilidad a cualquier componente de la fórmula, con diagnóstico actual o previo de anorexia nerviosa o de bulimia, así como la administración concomitante con inhibidores de la MAO.

Investigación desde el sector oficial

Para disponer de información actualizada sobre la problemática del tabaquismo que permita orientar la toma de decisiones y medidas para optimizar los recursos de atención y de prevención, la Dirección General de Epidemiología recaba y sistematiza la información relevante en la materia, a través de las Encuestas Nacionales en Adicciones y otros estudios específicos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias realiza diversas investigaciones con relación al tabaquismo. El Instituto Nacional de Psiquiatría, en colaboración con diversas instituciones realiza otros estudios e investigaciones; los conocimientos que generan ambos institutos son de

vital importancia para conocer los aspectos relevantes de la dinámica del consumo, así como los factores y las variables que inciden en el mismo.

El Instituto Nacional de Salud Pública desarrolla desde hace varios años investigaciones sobre la relación entre el consumo de tabaco y la economía familiar y nacional.

Normatividad y control

Este apartado tiene especial atención en el Programa Nacional de Salud vigente y al respecto establece que para el combate de la adicción al tabaco, alcohol y otras drogas, el control de la oferta, las restricciones para el consumo y modificaciones fiscales, son acciones fundamentales.

Hasta el momento México cuenta con diferentes regulaciones para evitar y controlar el consumo de tabaco, acordes a los criterios utilizados en la mayoría de los países que han legislado en la materia.

de acción: Adicciones. Tabaquismo

METAS A FUTURO

El objetivo del programa contra tabaquismo es establecer el marco programático para contribuir con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud mediante las acciones de la sociedad organizada, tendientes a reducir el deterioro causado por el tabaquismo, así como su impacto en la salud de los individuos y de las familias, en la productividad y en el desarrollo económico y en la calidad de vida de los individuos (NOM 028 y Reglamento para la Protección de los No Fumadores en el Distrito Federal).

Gracias al voto de confianza y a la participación de los mexicanos en el ejercicio democrático recientemente efectuado, el nuevo gobierno confirmó el derecho a la salud como una de sus preocupaciones más relevantes para la política pública. En ese sentido la inclusión del conjunto de valores y principios que rigen el Plan Nacional de Desarrollo, marca también la línea conductora del Programa contra el Tabaquismo.

En el Programa se privilegian los intereses comunitarios y la salud pública por encima de cualquier otro interés, se entiende así a la salud como un valor universal del que todos los ciudadanos deben gozar con garantía a la autonomía, libertad de elección, libre acceso a los servicios, mejor distribución y acceso a la salud, mediante un esquema de participación que se basa en la responsabilidad compartida del cuidado de la salud, en especial de los grupos vulnerables, con énfasis en el autocuidado, en el desarrollo de la promoción de la salud individual y colectiva, todo ello en interés de una vida plena y libre de adicciones.

Qué camino vamos a seguir

Es prioritaria la construcción de un sistema estratégico que defina las líneas de acción y las acciones básicas para obtener logros congruentes con los objetivos propuestos. De igual manera, es necesario que de forma conjunta las instituciones de los sectores público, privado y social definan su participación en apoyo al programa contra el tabaquismo, en el marco del Programa Nacional de Salud y del Plan Nacional de Desarrollo. Por ello a continuación se resumen las principales propuestas obtenidas mediante el consenso de las diversas instancias que participaron en la reformulación del presente documento.

Propuestas en el ámbito de la prevención

El Consejo Nacional contra las Adicciones se esforzará por fomentar una colaboración más cercana con los diferentes sectores; hasta ahora la vinculación con el sector educativo y de comunicaciones y transportes son las que han reportado mejores resultados.

Es necesario también establecer mayor vinculación con los sectores de los cuales depende la producción, la comercialización y la fiscalización del tabaco, lo que permitirá por una parte obtener mayores beneficios de los recursos destinados a prevenir y controlar este problema y por otra fortalecer una política fiscal saludable que desaliente el inicio y promueva el abandono del consumo de tabaco con la aplicación de mayores impuestos a estos productos. El análisis de este rubro fundamenta las estrategias para ampliar a futuro la cobertura de los programas, ampliar la protección y los controles contra el tabaquismo involuntario y establecer un sistema de certificación de "Espacios Libres de Humo de Tabaco."

Propuestas para tratamiento y rehabilitación

Para ampliar la cobertura de atención y facilitar el acceso a los programas de abandono del consumo de tabaco es necesario apoyar la atención médica, trabajar en la elaboración de documentos y la inclusión de medicamentos en el cuadro básico.

Apoyo a la atención médica. En este rubro es importante divulgar entre el personal médico los cambios en la interpretación del tabaquismo de antecedente a padecimiento actual, que requiere diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la evolución clínica para evitar caer en una práctica médica inadecuada.

En los servicios odontológicos es importante difundir e incorporar al expediente clínico dental los datos de consumo de tabaco y la referencia para la atención especializada del tabaquismo.

Existe la necesidad de actualizar y sensibilizar a los médicos y al personal de salud del primer nivel de atención para que actúen como recursos efectivos en el combate al tabaquismo y para establecer mecanismos que aceleren el proceso de abandono del tabaco en grupos estratégicos: médicos, odontólogos, enfermeras y demás personal de salud así como personal docente, para que dejen de fumar y se conviertan en líderes del combate al tabaquismo (25).

Es importante también la difusión y aplicación del Modelo de prestación de servicios propuesto por CONADIC, en el cual, a medida que se incrementa el grado de severidad de las enfermedades ocasionadas por el tabaquismo aumenta la complejidad y especificidad de las intervenciones, a la vez que incorpora acciones para población no asegurada y define las acciones para los tres niveles de atención (25).

Elaboración de documentos. Es necesario trabajar en la elaboración de una Guía para el Tratamiento del Tabaquismo que contemple las recomendaciones más útiles para el abandono del tabaco, desde el consejo breve o el estructurado, el mejor uso de terapias de reemplazo de nicotina (TRN) que son de libre acceso, según las condiciones de los pacientes y sus grados de adicción; la elección de medicamentos antidepressivos u otros que sólo deben prescribirse por personal médico, así como los criterios, beneficios y riesgos de las terapias combinadas.

Propuestas para investigación

En esta área es importante revisar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para definir tanto los indicadores básicos como incluir algunos económicos y de cumplimiento del control sanitario, como mecanismo para monitorear el avance, a fin de corregir desviaciones con oportunidad y actualizarlo de manera periódica.

Promover encuestas con cuestionarios validados y comparables dirigidos a grupos prioritarios; médicos y otro personal de salud, estudiantes, personal docente frente a grupo y directivo, mujeres en general y mujeres en período de gestación y lactancia. También es necesario que estos estudios reporten datos locales, regionales y nacionales. Con relación a la Encuesta Nacional de Adicciones que se aplicó en el 2002, es importante resaltar que tuvo representatividad estatal y contiene datos encontrados en las áreas rural y urbana.

Estimular y apoyar la investigación científica básica y clínica, epidemiológica y de impacto social, económico y jurídico para facilitar el intercambio de información con organismos internacionales.

Promover y estimular investigaciones que permitan conocer con amplitud este fenómeno; algunas líneas de investigación pueden ser:

La correlación que exista entre el déficit de atención como antecedente de tabaquismo y de éste, aún en forma pasiva como precursor del primero.

La correlación entre tabaquismo y depresión.

Estudiar contenidos de nicotina, alquitrán y otros tóxicos en cigarros mexicanos.

Ampliar el estudio de tabaquismo en maestros y personal de asistencia educativa.

Impulsar la investigación clínica que sustente la Guía Terapéutica del Tabaquismo.

Valorar el uso de la homeopatía, las técnicas de aversión y la hipnosis como terapias alternativas, buscando la colaboración del Instituto Politécnico Nacional y la Universidad Nacional Autónoma de México.

Evaluar el impacto social y económico real del tabaquismo en nuestro país.

También es importante compilar y mantener la base de datos sobre normatividad, mecanismos de prevención, atención, rehabilitación, control y vigilancia epidemiológica y sanitaria. Apoyar en la facilitación, desarrollo, transferencia y adquisición de tecnología para la lucha antitabáquica y suministrar asesoramiento técnico, científico, jurídico y de otra índole para crear una base legislativa y normativa más sólida.

Propuesta para normatividad

Fortalecer los mecanismos que permitan el cumplimiento del marco normativo, es la mejor posibilidad para avanzar en el combate al tabaquismo.

Entre los aspectos que se deben fortalecer está disminuir la disponibilidad y limitar la oferta especialmente en la población adolescente; establecer restricciones crecientes en materia de publicidad, promoción y patrocinio; gravámenes crecientes, control de la comercialización de tabaco, restringir los espacios para fumar en sitios públicos y, establecer controles más efectivos para evitar el contrabando, contribuyendo con esto a lograr una mayor protección a los no fumadores.

Programa de acción

Como se ha mencionado, el análisis de la realidad, los aportes científicos, las propuestas e inquietudes y aspiraciones ciudadanas recabadas en los foros de consulta, son el marco de las definiciones que contiene el programa de acción. Las estrategias en el área de normatividad y control constituyen un elemento esencial para prevenir y controlar diversos aspectos relacionados con el tabaquismo en el país, porque ejercen un efecto regulador al interior del proceso producción-consumo del tabaco. El control del tabaquismo está sujeto a la vigencia de diversos ordenamientos, que van desde leyes generales hasta disposiciones de carácter administrativo, que requieren su revisión, actualización y modificación para garantizar la protección a la salud y a los derechos de quienes no consumen tabaco.

Es importante considerar que el éxito de las medidas sanitarias dependen en gran medida del interés que la sociedad les otorgue.

La prevención es la principal estrategia para fortalecer los factores de protección y los ambientes proactivos, y atenuar, modificar o eliminar los factores de riesgo que conducen al inicio del consumo y a la exposición involuntaria al humo de tabaco.

Lograr la participación y el pronunciamiento de la sociedad contra el tabaquismo mediante el trabajo coordinado de las instituciones públicas y privadas que realizan acciones educativas y de promoción de la salud es una prioridad, como lo es el trabajo que desempeñan las áreas de comunicación social en los sectores oficial y privado. Los recursos que se destinen a la prevención y la atención de los adolescentes, jóvenes, la población rural y las mujeres incorporadas a la fuerza laboral, repercutirá favorablemente en las metas propuestas.

En el área de tratamiento y rehabilitación, las acciones del programa se orientan a optimizar los recursos para el mejoramiento y ampliación de los servicios de atención a la salud no sólo para la población que acude a las unidades de salud, sino también para los grupos de alto riesgo, usuarios y adictos a la nicotina.

La formación y actualización de recursos humanos, el fortalecimiento de la infraestructura y la posibilidad de poner al alcance de los pacientes los medicamentos que le permitan recuperarse, es un reto que la actual administración asume.

Finalmente las acciones de investigación propuestas, fueron planteadas para enriquecer el conocimiento científico de la enfermedad, que permita orientar el rumbo de la epidemia y evaluar el impacto de las medidas adoptadas, así como diseñar e implantar políticas para combatir el tabaquismo y los daños asociados. Trabajar por la actualización de mecanismos de registro para obtener el reporte oportuno de casos es una de las propuestas que se incluyen en este rubro.

Objetivo general del Programa de Acción Tabaquismo

Promover y proteger la salud de la población a través de acciones de investigación, prevención, tratamiento y control del tabaquismo y prevenir los daños asociados.

Objetivos particulares

Proteger al mayor número de personas no fumadoras de los efectos nocivos que provoca la inhalación involuntaria del humo del tabaco.

Prevenir que los niños y adolescentes incorporen en su vida conductas de alto riesgo, evitando que fumen y retardando la edad promedio de inicio del consumo de tabaco.

Disminuir la prevalencia de fumadores y el consumo de tabaco con énfasis en grupos prioritarios, para incrementar la esperanza de vida saludable (EVISA).

Aumentar el número de personas que dejan de fumar y adelantar la edad promedio de abandono, para reducir los índices de morbilidad y mortalidad ocasionados por el tabaquismo, y así aminorar las consecuencias socioeconómicas que provoca

n: Adicciones. Tabaquismo

Anticipar los problemas emergentes mediante la definición explícita de

Metas comprometidas en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006

Reducir el consumo de tabaco de 9.2 a 7.9% en el grupo poblacional de 10 a 19 años, que han fumado más de 100 cigarrillos en toda la vida.

Crear por lo menos 100 Clínicas de especialidad en el tratamiento del tabaquismo.

Asegurar el cumplimiento en un plazo no mayor de cinco años, de la NOM 028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones, en por lo menos el 90 % de los ámbitos de competencia.

Asegurar en un plazo no mayor de cinco años, el cumplimiento del Reglamento sobre el Consumo de Tabaco, Diario Oficial de la Federación del 27 VII 2000, en por lo menos el 50% de los ámbitos de competencia federal.

Para el cumplimiento de estas metas el Programa contra el tabaquismo se vincula a nivel nacional con otros programas del PNS, e impulsa la participación de diferentes sectores, organizaciones e iniciativas que apoyen el alcance de las metas programadas y los objetivos propuestos.

Equidad Calidad Protección Financiera

Programa de acción: Adicciones. Tabaquismo

DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ÉXITO

La importancia de la determinación de los niveles de éxito obtenidos, radica en que a partir de ésta es posible la planeación racional de las acciones a futuro, retomando los aciertos y aprendiendo y dejando de lado los errores. Para dicha determinación es fundamental llevar a cabo un proceso de evaluación del programa, a fin de contar con los conocimientos necesarios para la toma objetiva de decisiones.

Evaluar es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.

Uno de los objetivos que se persiguen con la evaluación es determinar si se están cubriendo las necesidades de la población objetivo del programa. También es útil para indicar qué tan bien se están cubriendo dichas necesidades. Cuando la evaluación se aplica correctamente, se transforma en una poderosa herramienta para la toma de decisiones.

La evaluación de programas de salud se utiliza para contestar preguntas específicas sobre las necesidades, los procesos, los resultados, la eficiencia y el impacto de un proyecto.

Sistema de evaluación

Para evaluar de manera integral las acciones planteadas en el Programa contra el Tabaquismo, se presenta el siguiente esquema planteado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Evaluación de programas específicos: tiene como propósito dar cuenta de sus avances con relación al cumplimiento de objetivos y metas a través de indicadores cuantitativos y cualitativos para valorar estructura, proceso y resultado.

Evaluación de cumplimiento de metas

Verificar el cumplimiento de metas globales e intermedias establecidas en cada uno de los programas.

Evaluación de operación institucional

Estructura y procesos relacionados con la operación de los programas. Se generará información sobre:

Infraestructura.

Recursos Humanos.

Insumos.

Capacidad de respuesta institucional.

Coordinación.

Difusión.

3. Evaluación de impacto

Resultado de la operación de los programas con relación a los cambios en la salud de la población y en la prestación de servicios. Se generará información sobre:

Daños a la salud.
Modificación de patrones de comportamiento de la población.
Utilización y disponibilidad de los servicios.
Calidad de la atención.

4. Indicadores

Porcentaje de personas del grupo etareo de 10-19 años que han consumido más de 100 cigarrillos en toda la vida.

Número total de clínicas contra el tabaquismo registradas.

Porcentaje de ámbitos de competencia en los que se cumple la NOM- 028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de adicciones.

Porcentaje de ámbitos de competencia federal en las que se cumple el Reglamento sobre el consumo de tabaco DOF 27-VI-2000.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Encuesta Nacional de Adicciones 1998, Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Salud, México.
2. Encuesta Nacional de Adicciones 1993, Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Salud, México.
3. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría. Secretaría de Salud. México
4. Niewoehner, D. E., Kleinerman. J. and Rice, D.B. Pathologic changes in the peripheral airways of young cigarette smokers. N. Engl. J. Med. 291: 755:1974.
5. Reynolds H, William WM. Airway changes in young smokers that may antedate chronic obstructive lung disease. Med. Clin N A 1981; 65:667.
6. Tager. I. B., and Speizer, F.E.: Risk estimates for chronic bronchitis in smokers: A study of malefemale differences . Am. Rev. Resp. Dis., 113:619, 1976.
7. Doll, R; Hill, AB: Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. Brit. Med. S; 1956; 2:1071.
8. Programa de Acción: Adicciones, Tabaquismo. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México,2001
9. Rubio Monteverde; H.; Pérez Neria, J.y Selman Lama, M. Alteraciones funcionales respiratorias tempranas secundarias al tabaquismo. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. 2 126-191-200. México, 1990.
10. Rubio MH, Perez N J y Selma LM. Desórdenes secundarios de la función respiratoria temprana por fumar tabaco. Gac Med Mex 1990; 126(3): 191-199
11. Rubio. Monteverde, H., P M, José, Selma Lama Moisés. "Alteraciones Funcionales Respiratorias Secundarias al Tabaquismo" Gaceta Médica de México., Vol. 126, no. 3 Mayo-Junio 1990.
12. Organización Panamericana de la Salud/Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington EUA, 2000.
13. Dorn, Harold F.: Tobacco consumption and mortality from cancer and other diseases. Public Health Rep. 74:581, 1959.
14. Gonzalez Montaner, LJ; Tabaco y enfermedades respiratorias; Anal Cat Tisioneum; 1979;38:110-117.
15. Hinshaw, H. C, Murray, J.F. Enfermedades del Tórax. Interamericana, México.
16. Jannof A. Pryor WA, Bengali ZH. Effects of tobacco smoke components on cellular and biochemical processes in the lung. NHLB1 Workshop summary. Am Rev. Respir. Dir. 1987; 136; 1058.
17. Jones NL. the pathophysiological consequences of smoking on the respiratory system. Can J. Pub Health 1982; 72: 388.
18. Kennedy, A.: Relationship between cigarette smoking and histological type of lung cancer in women. Thorax, 28:204, 1973.
19. Programa Nacional de Salud 2001-2001, Secretaría de Salud, México, 2001.
20. Tapia Conyer, Roberto. Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. El Manual Moderno, México, 1994.
21. Belt, W., y M.D, Thomas, "Tobacco smoking, hypertension, stroke and coronary heart disease: the importance of smoking cessation", Sem Respir Med, 11:1, pp. 36-49, 1990.
22. Brockie, R., y D. Shafer, "Tobacco and coronary heart disease: risk factors; mechanisms of disease, and risk modification", Sem Respir Med, 11: 1, pp. 5-35, 1990.

23. Redmond, D. E., Jr. Tobacco and cancer: The first clinical report, 1761. *N. Engl. J. Med.* 282:18, 1970.
24. Miller, G. J.: Cigarette smoking and irreversible airways obstruction in the West Indies. *Thorax*, 29:495,1974.
25. CONADIC informa.- Convenio Marco para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud/ONU.- México. Boletín mayo 2003
26. Mason R, Buist AS, Fisher EB, Merchant JA, Samet JM, Welch C. Cigarette smoking and health. *Amer. Rev Respir Dis.* 1985,132:1133.
- 27.- Auerbach, Oscar, Garfinkel, L. Parks, V. R.: Histologic type of lung cancer in relation to smoking habits, year of diagnosis and sites of metastases. *Chest*, 67:382,1975.
28. Belcher, J. R.: Adenocarcinoma and smoking. *Chest*, 67:622, 1975.
29. Korpela, Aino and Magnus K. The incidence of lung cancer in Finland and Norway *Br. J. Cancer*, 15:393, 1961.
30. Rele, J. R.: Demographic approach to the problem of the connection between lung cancer and smoking. *Br. J. Prev. Soc. Med.* 14:181, 1960.
- 31.- Auerbach, Oscar, Stout, A. P. Hammond, E. C., and Garfinkel, L.: Changes in bronchial epithelium in relation to sex, age, residence, smoking and pneumonia, *N. J. Med.* 267:111, 1962.
32. Doll, R y Peto, R; Mortality in relation to smoking: 20 years' observation on male British doctors; *Brit Med J*; 1976; 2:1525-1536.
33. Ferris, B. Jr. Chronic bronchitis and emphysema: Classification and epidemiology. *Med. Clin. North Am*, 57:637,1973.
34. Weiss, William, Boucot, K. R., Cooper, D. A., and Carnahan, W. J.: Smoking and the health of older men. II. Smoking and ventilatory function. *Arch. Environ. Health*, 7:538,1963.
35. Wynder, E. L. Mabuchi, K., and Beattie, E. J., Jr.: The epidemiology of lung cancer *Recent. trends. JAMA* 213:2221, 1970.
36. Rubio Monteverde; H.; Lezama Cohen, M.; Pérez Neria, J.; Hernández, C y Selman Lama, M. Determinación de la función respiratoria en fumadores residentes en la ciudad de México y en provincia. Posible efecto sinérgico de la contaminación atmosférica. *Rev. Inst Nal Enf Resp* 2 (3 año 2): S9. México, 1999.
37. Murasawa, K., and Altmann, V. Primary lung cancer and pulmonary tuberculosis. A study based on 570 postmortem examinations. *Sea View Hosp. Bull.*, 17:37, 1958.
38. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México, 2002.
39. Cosio M., Ghazzo H, Hogg JC, Corbin R, Loveland M. Dosman J, Macklem PT. the relation between structural changes in small airways and pulmonary function tests. *New. Eng. J. Med.* 1978; 298: 1277.
40. Zuskin, E., and Valie, f.: Effect of short term cigarette smoking on simple tests of ventilatory capacity in medical students, *Am. Rev. Resp., Dis.* 110:198, 1974.
41. Benowitz, N. L. Y Gourlay, S. G. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol*; 29: 1422-31, 1997.
42. Silagy, C.; Mant, D.; Fowler, G. Y Lodge, M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet*; 343: 139-42, 1994

POLÍTICA ESPAÑOLA SOBRE EL TABAQUISMO

¹Haro G, ²Fernández-Garcés M, ³Pérez-Gálvez B, ³Castellano M, ⁴Mateu C, ⁵Cervera G

¹Unidad de Conductas Adictivas. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia. ³Dirección General de Atención a la Dependencia. Valencia. ⁴Colaborador de Investigación. Universidad de Valencia. Valencia. ⁵Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Clínico Universitario. Valencia. Presidente del Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Haro. UCA Alzira. C/ Onda, s/n – 46000 – Alzira (Valencia) España

E-mail: gharoc@comv.es

1 Prevalencia del Tabaquismo y Problema de Salud Pública

En 1979 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró el tabaquismo, por su elevado y masivo consumo, las enfermedades que produce y el gran número de afectados por las mismas, como una epidemia; la principal epidemia del siglo XX en el mundo occidental (1). El consumo de tabaco constituye uno de los principales problemas de salud pública de la mayoría de los países desarrollados y, si no cambia la tendencia actual, también de los países en vías de desarrollo.

La gran aceptabilidad social que ha tenido durante mucho tiempo el hábito de fumar, asociado a una falta de conciencia en la población sobre sus efectos nocivos, entre otras razones, ha originado el consumo crónico del mismo, originando graves consecuencias médicas y económicas. El tabaco ha dejado de ser una costumbre social para convertirse en un riesgo reconocido para la salud pública mundial.

Actualmente, según las últimas estimaciones de la OMS existen en el mundo 1.100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mundial mayor de 15 años. En los países desarrollados se encuentran 300 millones de éstos, de los cuales 200 millones son hombres y 100 mujeres (2). Respecto a la prevalencia, la OMS establece como media, que el 42% de los hombres y el 24 % de las mujeres del mundo occidental son fumadores, siendo en los países no desarrollados un poco más elevada para los hombres (48%) y bastante más inferior para las mujeres (7%) (3).

La prevalencia del tabaquismo en España, obtenida a través de las Encuestas Nacionales de Salud, fue del 32,1% de la población en 1993 y del 31,7% en 2001. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas, la evolución del tabaquismo por géneros es inversa, pues en los hombres se ha producido una disminución constante de la prevalencia en este periodo (44% en 1993 y 39,2% en 2001) mientras que en las mujeres se ha producido el fenómeno contrario (20,8% en 1993, 24,6% en 2001) (4,5). Sin embargo, no existe una tendencia evolutiva clara del consumo de tabaco en los últimos años. La evolución difiere a lo largo de los años bajando y repuntando después, o viceversa y ésta difiere también según la edad y el sexo (6).

Por el contrario, no hay duda de que el tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. La OMS estima que en el año 2000 aproximadamente 4 millones de personas murieron en todo el mundo debido a enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco, y que en el año 2030 se elevará hasta los 10 millones anuales. En estos momentos es el responsable de la muerte de 1 de cada 10 personas adultas en el mundo y en el año 2030 llegará a ser 1 de cada 6 (7).

2 Estrategias de Control sobre el consumo de Tabaco

El tabaco continúa siendo un artículo de consumo muy extendido. Al igual que ha sucedido en todos los países del mundo, el incremento del tabaquismo en España estuvo relacionado con las tácticas de expansión de mercado desarrolladas por la industria tabacalera nacional y multinacional.

Es una sustancia que refleja las contradicciones de la sociedad actual y los intereses contrapuestos que inciden sobre ella. Por una parte se sabe y es de conocimiento general los efectos perjudiciales que ocasiona su adicción. En ese sentido se han puesto en marcha regulaciones legislativas que limitan su consumo en establecimientos públicos y restricciones a su promoción, publicidad y venta. Por otra parte es un producto totalmente introducido en el mercado y en nuestra cultura de tal forma que el entorno incita fuertemente a su consumo. Esto adquiere especial relevancia en los entornos adolescentes y juveniles que además se han convertido en el blanco destinatario de la promoción publicitaria.

De momento, mientras algunos países son ya conscientes de este problema, las industrias tabaqueras multinacionales buscan territorios vírgenes y desarrollan nuevas estrategias de actuación para generar beneficios.

A continuación se revisa el grado de desarrollo alcanzado en la aplicación de estrategias de control (legislativas, económicas, educativas y sanitarias), cuya eficacia ya ha sido comprobada en diversos contextos socio-culturales a lo largo del último medio siglo. Sin embargo se iniciará dicha revisión con el contexto histórico-político y el pulso de la industria del tabaco.

2.1 El pulso de la industria del tabaco

Para entender las importantes resistencias que debe afrontar la política de prevención del tabaquismo es preciso analizar el marco político y económico que históricamente caracterizó a la producción y comercialización del tabaco en nuestro medio.

En España, la industria del tabaco ha gozado durante siglos, de una situación privilegiada. Fue el país europeo que tras el descubrimiento de América introdujo el tabaco en Europa. Desarrolló una importante actividad económica alrededor del proceso y de la comercialización de las labores del tabaco. En este período el consumo se mantuvo de forma minoritaria por parte de grupos privilegiados. Con las modificaciones llevadas a cabo en el siglo XIX en la elaboración, producción y comercialización se consiguió un monopolio de la industria tabaquera y con ello un aumento en el consumo. En el siglo XX con la producción masiva de cigarrillos manufacturados y el abaratamiento de la misma hicieron accesible el tabaco a todo tipo de público. La participación de la industria tabaquera en las estructuras del Estado, en una época en la que se desconocían los efectos nocivos del tabaco, permitió el desarrollo de estrategias de expansión del mercado y el mantenimiento de precios bajos, incluyendo la promoción por parte de los medios de comunicación de una imagen social positiva con respecto a su consumo.

Hace 50 años empiezan a aparecer estudios experimentales y observacionales sobre los efectos nocivos del tabaco, mientras que la industria tabaquera ha mantenido una fuerte pulso contra las medidas legislativas del Estado en defensa de sus intereses. A partir de la restauración de la democracia en España, cuando el Ministerio de Sanidad desarrolló el borrador de alguna propuesta legislativa sobre limitaciones del producto, a las vías de comercialización, a su consumo público, o a la promoción del tabaco, la industria tabacalera ha planteado una férrea oposición, argumentando severas pérdidas económicas para el país, basándose en el beneficio que aportan al Estado los impuestos sobre los productos del tabaco y el fomento del empleo que genera su producción y comercialización. La industria se amparaba en el desconocimiento existente en España sobre la relación coste-beneficio vinculado al consumo del tabaco, que queda patente en el primer estudio sobre costes sanitarios y sociales derivados del tabaquismo que no se publicó hasta 1981 (8). Analizando los beneficios económicos a lo largo de la historia se observa su importancia en los siglos XVIII y XIX, pero a partir del inicio del siglo XX su peso sobre el importe global de ingresos disminuye paulatinamente, llegando a representar sólo el 1% del total de ingresos del estado. Esta evolución se explica con el aumento de la participación de la renta de aduanas desde 1961 y debido al incremento participativo del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) desde 1979 (9).

El segundo argumento económico de creación de empleo es un falacia patente durante las dos últimas décadas, el empleo ofertado es cada día menor. La creciente automatización en los procesos de cultivo, elaboración y venta al público ha supuesto una constante disminución de las ofertas de trabajo. La diversificación de los productos vendidos por los comercios expendedores de tabaco, hace que actualmente sean menos los puestos en el sector de comercialización, que dependan exclusivamente del tabaco.

La reducción del consumo del tabaco no solo no afectaría al mercado nacional de puestos de trabajo, si no que generaría nuevos puestos en otros sectores, ya que el dinero gastado en el tabaco se invertiría en otros productos y servicios.

Por otra parte hay que tener en cuenta el coste económico ocasionado por el tabaquismo, teniendo en cuenta la diferenciación entre costes directos, donde incluiríamos la atención médica, al tratamiento y medicación, y los costes indirectos, es decir las pérdidas que se producen en cualquier sector económico cuando la mano de obra deja de trabajar por los efectos de fumar y las enfermedades que genera o favorece. Ese impacto económico puede variar atendiendo a las distintas singularidades de cada país, concretamente en España, debido al sistema de sanidad pública y gratuita, descansa sobre el contribuyente, convirtiéndose en una pesada carga (10).

La opinión pública esta reaccionando, por lo que este sector tiene que enfrentarse a una serie de obstáculos que amenazan su cómoda posición instaurada a lo largo de los siglos pasados, por ejemplo por:

- Normativas de las autoridades gubernamentales, marco regulatorio ante los efectos del tabaco sobre la salud.
- Conflictos judiciales en los que se ven envueltas las tabacaleras e indemnizaciones a satisfacer.
- Escasa capacidad de expansión en los países tradicionalmente fumadores. Mercado considerado como maduro y en consecuencia difícil alcanzar tasas de crecimiento altas.
- Esfuerzo preventivo cada vez mayor.
- Prohibiciones de campañas publicitarias, que dificultan la expansión (11).

En la actualidad se están desarrollando grandes campañas publicitarias en China y Méjico, y lentamente se han ido extendiendo hacia África, Asia y Extremo Oriente. En definitiva, ante la oposición a este hábito de los llamados países ricos, la industria del tabaco apuesta por la diversificación geográfica hacia otros mercados emergentes donde en la actualidad no cuentan con medios ni recursos para prevenir ni advertir a sus habitantes sobre las repercusiones de dicha adicción.

2.2 Políticas de control

La protección de la salud de los ciudadanos debe ser una responsabilidad prioritaria en las políticas del Estado, al igual que el mantenimiento de un medio ambiente libre de agentes contaminantes, ambos están contemplados como derechos en la Constitución Española. Con la restauración de la democracia, el gobierno central y los autonómicos iniciaron actuaciones con la intención de reducir la accesibilidad, la disponibilidad y la promoción del tabaco; con el objetivo de reducir la prevalencia, así como la morbi-mortalidad derivadas de su consumo. Durante las dos últimas décadas las medidas adoptadas se centraron en el incremento de la fiscalidad, la restricción de la venta a menores de 18 años, la regulación del consumo en algunos espacios públicos, y algunas limitaciones en la publicidad (10,12).

En general, los avances alcanzados en los últimos 20 años han sido lentos e insuficientes. Sin embargo, la aprobación en enero de 2003 del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Tabaquismo 2003-2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002), por parte del Consejo Interterritorial de Salud, constituye una responsabilidad por parte de las administraciones firmantes para hacer frente de forma global e integrada a los obstáculos que dificultan la superación del problema del tabaquismo en nuestro país (13).

El Plan Nacional para la Prevención y Control del Tabaquismo (PNPyCT) permitirá a las Administraciones incrementar y ordenar actuaciones de probada eficacia. Entre las medidas contempladas destacan estrategias recomendadas por la OMS desde hace décadas (14-17) cuyos intentos de aplicación han generado gran resistencia, por ejemplo: la prohibición de la publicidad directa, indirecta y patrocinio del tabaco; la exclusión en el cálculo del IPC del precio del tabaco con la finalidad de facilitar el incremento de los impuestos sobre el mismo y obstaculizar el consumo entre los jóvenes, sin que ello repercuta en la inflación; la prohibición de la venta de cigarrillos sueltos; mayor control sobre las máquinas automáticas de venta de tabaco; campañas informativas y de sensibilización; consideración de la dependencia al tabaco como una enfermedad crónica, susceptible de ser tratada y financiada en el marco del Sistema Nacional de Salud; etc.

El PNPYCT contempla otras medidas que ya están en desarrollo en España y que requieren un mayor compromiso, como por ejemplo: la regulación y la promoción de espacios libres sin humo de tabaco; avances legales para el control y comercialización del producto; programas educativos y promoción de estilos de vida libres del uso del tabaco; etc. Además impulsa la investigación relevante para la prevención y el control del tabaquismo, como sobre causas de inicio del consumo en adolescentes, evaluación de eficacia de programas de deshabituación del tabaco, así como desarrollo de sistemas de información y monitorización que permitan la evaluación de las actuaciones realizadas.

Éstos son retos que implican a las diversas administraciones y a la sociedad civil en su conjunto, resultando sectores clave: los medios de comunicación, sindicatos, empresarios, profesionales de la educación, asociaciones de enfermos afectados por el tabaquismo, etc.

2.3 Desarrollo legislativo

La legislación es el mejor instrumento para la prevención y control del tabaquismo. Los gobiernos de los países desarrollados han adoptado de forma progresiva medidas que si bien inicialmente tendieron a garantizar los derechos de los no fumadores, conforme aumentaba la aceptación social de las mismas, han incluido otros aspectos más directamente relacionados como el contenido y efectos nocivos del producto, así como limitaciones a su consumo en lugares públicos y su difusión en la publicidad. Las principales medidas legislativas que han demostrado su eficacia en la disminución del consumo de tabaco son las siguientes:

- ❑ Prohibición absoluta de la publicidad, directa e indirecta
- ❑ Impresión obligatoria de avisos y advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco
- ❑ Impresión obligatoria en los paquetes de cigarrillos de los contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono emitidos por los cigarrillos
- ❑ Elaboración de una política impositiva donde el importe de los impuestos sea al menos del importe total de los cigarrillos
- ❑ Control del contrabando de tabaco
- ❑ Restricciones a la venta del tabaco
- ❑ Restricciones al consumo del tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo

El desarrollo legislativo no es uniforme. Países con tradición en la lucha contra el tabaco como EEUU, Canadá, Nueva Zelanda o Australia disponen de medidas avanzadas, mientras que países europeos meridionales, como el nuestro todavía se encuentran en fases de desarrollo. La introducción de medidas legislativas por parte de los gobiernos ha sido un objetivo permanente de la OMS. Sus políticas se basaron inicialmente en la elaboración de informes científicos por comités de expertos, el desarrollo del programa Tabaco o Salud (1988-95; 1996-2000) y la adopción de resoluciones, la última en 1996 en la que se insta a elaborar el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) que establecerá los parámetros jurídicos y los protocolos de actuación de los 191 estados miembros. Este convenio trata de ser una respuesta global a un problema internacional, convirtiéndose en un instrumento jurídico internacional para el control mundial del tabaquismo. (18)

La Oficina Regional Europea de la OMS ha promovido recomendaciones contra el consumo de tabaco y resoluciones por las que se han constituido planes de Actuación sobre el Tabaco (1987-91; 1992-96; 1997-2001) (19). La Primera Conferencia Europea sobre Política del Tabaco se celebró en Madrid en 1988, aprobándose 10 estrategias de actuación para una Europa sin Tabaco, así como la Carta Europea contra el Tabaco.

La iniciativa Liberarse del Tabaco (1998) pretende coordinar la respuesta mundial para el control del tabaquismo, estableciendo la colaboración con otros organismos internacionales (UNICEF, Banco Mundial) y nacionales (Institutos Nacionales de la Salud de EEUU, Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU), así como con organizaciones no gubernamentales y sectores privados, ofreciendo su impulso y asesoramiento técnico y el apoyo de un gabinete internacional de abogados a los países miembros.

2.3.1 Marco de Medidas de la Unión Europea

La Unión Europea ha elaborado diversos planes de actuación y normativas relacionadas con el tabaco. Los Planes de Actuación (1987-99; 1990-94) están destinados a aumentar la sensibilización e información de la población, la formación de personal sanitario, la implantación de la educación para la salud en la escuela, y a la prevención del tabaquismo en grupos de riesgo (jóvenes y mujeres) y en colectivos profesionales ejemplarizantes (sanitarios y educadores). Las normativas relacionadas abarcan aspectos relativos a la composición, comercialización, publicidad, venta y uso del tabaco en lugares públicos. Estas directivas han sido traspuestas a la legislación de los distintos países miembros.

Las directivas comunitarias aprobadas en esta materia: la Directiva 89/622/CEE, 90/239/CEE y 92/41/CEE hacen referencia al etiquetado de los productos del tabaco (obligatoriedad de figurar en el envase los contenidos de nicotina y alquitrán, regulación de las advertencias sanitarias que deben figurar en el paquete), la directiva 90/239/CEE al contenido máximo de alquitrán en los cigarrillos, las directivas 89/552/CEE, 97/36/CEE y 98/43/CEE hacen referencia a la prohibición de la publicidad del tabaco en la televisión y patrocinio de productos del

tabaco y las directivas 92/78/CEE, 92/79/CEE y 92/80/CEE definen la estructura de los impuestos del tabaco fijando el nivel impositivo mínimo en el 70% del precio final de venta al público. La Directiva 2001/37/CE pretende la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco.

Estas normas europeas se encuentran recogidas en los ya distintos Reales Decretos: 192/1988, 510/1992, 1185/1994 y 1079/2002.

Algunas de estas normativas, como las que regulan la publicidad, han establecido plazos de transposición retrasando la entrada en vigor de las mismas. Esto demuestra la gran fuerza de las multinacionales del tabaco y la dificultad de legislar y aplicar en Europa leyes restrictivas similares a las existentes en EEUU, debido a que aún para la Unión Europea está la circulación de mercancías por encima de la propia salud de sus ciudadanos, lo que indica que en la lucha contra el tabaco además de impulsar políticas sanitarias se deben reforzar los esfuerzos en el área de la política global.

2.3.2 Legislación de ámbito nacional

En la Constitución Española aprobada en 1978 quedan recogidos, entre otros derechos, el derecho a la protección de la salud (Artículo 43), el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona (Artículo 45), el derecho a la defensa de los consumidores y usuarios (Artículo 51), el derecho a la libertad personal (Artículo 17) y además señala la obligación de los poderes públicos de garantizarlos.

Desde el marco constitucional se ha ido desarrollando un ámbito legal regulador complementado por leyes autonómicas y ordenanzas municipales, que se intensificó con la entrada de España en la Unión Europea y con la transposición de las directivas europeas en materia de prevención y control del tabaquismo.

Los textos regulativos más importantes aprobados en España hasta hoy son diversos (Tabla 1). Los Reales Decretos 1293/1999 y 192/1888 hacen referencia a las limitaciones en la venta y consumo de tabaco y constituyen la principal base jurídica que regula la venta y el consumo de tabaco dentro del estado español, existiendo también la Orden de 7/11/1989 del Ministerio de Educación y Ciencia que prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros públicos dependientes del Ministerio de Educación; los Reales Decretos 510/1992 y 1185/1994 sobre el etiquetado de los productos del tabaco, mientras que la publicidad esta regulada por la Ley 34/1988 y 25/1994 que hacen referencia a la prohibición absoluta de la publicidad (directa e indirecta) por televisión.

Tabla 1. Legislación Española sobre tabaquismo

LEGISLACIÓN	ASPECTO LEGISLADO
Real Decreto 1293/1999	Limitaciones en la venta y consumo de tabaco
Real Decreto 192/1988	Limitaciones en la venta y consumo de tabaco. Etiquetado de los productos del tabaco. Contenido en nicotina y alquitrán
Real Decreto 1259/1979	Etiquetado de los productos del tabaco
Ley 22/1999	Prohibición de la venta del tabaco
Real Decreto 510/1992	Etiquetado de los productos del tabaco
Real Decreto 709/1982	Etiquetado de los productos del tabaco. Contenido en nicotina y alquitrán.
Real Decreto 1185/1994	Etiquetado de los productos del tabaco
Real Decreto 486/1997	Protección de los no fumadores en el ámbito laboral.
Real Decreto 665/1997	Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo
Real Decreto 150/1996	Reglamento de normas básicas de seguridad minera
Real Decreto 1216/1997	Seguridad y salud en el trabajo a bordo de buques de pesca
Real Decreto 1627/1997	Disposiciones mínimas de seguridad en la construcción
Real Decreto 1100/1978	Regularización de la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del Estado
Real Decreto 1199/1999	Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria y se regula el estatuto Concesional de la Red de Expendidura de Tabaco y Timbre

Real Decreto 6/2000	Medidas liberalizadoras para aumentar la competencia del mercado de tabacos
Real Decreto 1079/2002	Regulación de los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos
Ley 13/1998	Medidas de liberalización en el monopolio de fabricación, importación, comercialización y distribución
Ley 34/1988	Prohibición absoluta de la publicidad (directa e indirecta) por televisión.
Ley 25/1994	Prohibición absoluta de la publicidad (directa e indirecta) por televisión.
Orden 7/11/1989 MEC	Prohibición de la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros públicos dependientes del Ministerio de Educación.
Orden SCO/127/2004	Contenido y etiquetaje de fabricantes, importadores y marquistas. Registro de laboratorios autorizados para la verificación de los productos de tabaco.

3.2.3 Legislación de ámbito autonómico:

A parte de otras estrategias educativas, asistenciales y de sensibilización social, emprendidas en muchas Comunidades Autónomas, en el ámbito legal, casi todos los gobiernos de las Comunidades y Ciudades Autónomas que integran España, han desarrollado sus propias regulaciones sobre prevención y control del tabaquismo (Tabla 2). En su mayoría, se trata de medidas que refuerzan y, en algunos casos amplían la legislación nacional.

Tabla 2. Legislación autonómica sobre tabaquismo

LEGISLACIÓN	Comunidad Autónoma	ASPECTO LEGISLADO
Ley 1/98	Canarias	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración.
Ley 9/97	Cantabria	Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración. Prohibición de consumo en determinados lugares.
Ley 3/94 Decreto 24/99	Castilla y León	Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración. Prohibición de consumo en determinados lugares.
Ley 20/85, 10/91	Cataluña	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración. Prohibición de consumo en determinados lugares.
Ley 1/99	Extremadura	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración.
Ley 2/96 Decreto 113/93	Galicia	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración.
Ley 6/97	Murcia	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración. Prohibición de consumo en determinados lugares.
Ley 18/98	País Vasco	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración.
Ley 3/97	Comunidad Valenciana	Prohibición de la venta a menores. Prohibición y limitaciones de publicidad. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas y en centros dependientes de la administración. Prohibición de consumo en determinados lugares.
Ley 4/97	Andalucía	Prohibición de la venta a menores. Prohibición de venta en instalaciones deportivas cerradas.
Ley 18/98	Aragón	Prohibición de consumo en determinados lugares.

2.4 Control del tabaquismo: Medidas Eficaces

2.4.1 Protección de fumadores y no fumadores:

La política de prevención y de control del tabaquismo debe de garantizar la protección de la salud de toda la población, por ello debe de plantear medidas de protección frente al Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT), y medidas de información a consumidores.

En España la aprobación de la legislación reguladora del aire contaminado por humo de tabaco fue un gran avance, sin embargo las medidas para asegurar su cumplimiento, así como la disponibilidad de procedimientos sancionadores eficaces, son todavía insuficientes. La implantación de ambientes de trabajo libres de humo debe ser realizada teniendo en cuenta las opiniones de los trabajadores y de sus representantes.

El tabaco debería comercializarse bajo normas de adecuado etiquetaje para la información de los consumidores, al igual que se exige para todos los productos de consumo humano. Para alcanzar este objetivo ya se han puesto en marcha medidas desarrolladas por la UE y recogidas en Reales Decretos. Esto ha permitido la prohibición de utilizar los adjetivos "light", "ultra light" y "mild", términos que resultaban ambiguos o equívocos para el consumidor respecto a la nocividad del tabaco.

Además, obliga a insertar las advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco, dedicando un tercio de la superficie del paquete a advertencias sobre los riesgos que conlleva el consumo de tabaco.

2.4.2 Control del producto y de su comercialización

Se debe promover la reducción de los riesgos derivados de los componentes carcinogénicos y demás sustancias tóxicas contenidas en el tabaco. Las medidas deben incluir el control de la calidad de los productos del tabaco, incluyendo medidas reguladoras en la producción y manufactura, control de las concentraciones máximas permitidas de sustancias carcinogénicas, nicotina, monóxido de carbono y demás sustancias. Se están definiendo los laboratorios de validación, y la base de datos que recogerá los análisis realizados por cada laboratorio, habiéndose previsto un plan para la publicación semestral y la difusión pública de los contenidos de cada marca de tabaco.

Por otra parte, la política proteccionista de subvenciones nacionales y de la UE a los cultivos de tabaco impide el avance de la política de control y cuestiona la credibilidad de las políticas de prevención y control impulsadas por la Comisión Europea, debido a la contradicción que supone. En este sentido, el Convenio Marco de la OMS, insiste en que los distintos gobiernos acuerden la promoción de actividades económicas alternativas y la transferencia gradual de los subsidios de tabaco a otros sectores.(18)

La disponibilidad y la accesibilidad del producto influyen en el consumo. Así, en España queda prohibida la venta de tabaco a menores de edad; en nuestro país hay evidencias de que se infringen las medidas legales, vendiendo tabaco a adolescentes en forma de cigarrillos sueltos y en entornos frecuentados por estos grupos de edad (12).

El contrabando de tabaco constituye una seria amenaza puesto que promueve el consumo, altera los impuestos recaudados y refuerza a las mafias implicadas en otros tipos de actividades ilegales. Esta cuestión amenaza a la política de control, la OMS advierte de la necesidad de emprender medidas eficaces para conseguir el control nacional e internacional del contrabando (20).

2.4.3 Política de precios

Las políticas fiscales se han incrementado de forma rápida en España debido a la entrada en la UE, aún así mantiene la fiscalidad más baja permitida por la UE.

El incremento en el precio del tabaco es la medida más eficaz para disminuir la prevalencia del consumo en una población. Un informe del Banco Mundial, basándose en experiencias de diversos países, concluye que un incremento de un 10% en el precio reduce el consumo en aproximadamente un 4% (21). Al igual que en otras sustancias adictivas, una mayor disponibilidad y un menor precio son factores favorecedores, tanto del consumo experimental como del crónico (22,23).

Los fumadores más afectados por un incremento en el precio son aquellos con una dependencia menos instaurada. Por tanto los jóvenes son quienes más ven reducido su consumo de tabaco al subir los precios. Habitualmente el incremento en el precio se logra mediante un aumento de los impuestos correspondientes. Se calcula que en nuestro país un incremento aproximado del 40% en el precio sería necesario para desincentivar adecuadamente el consumo juvenil. El principal inconveniente para realizar un incremento de los impuestos del tabaco es la inclusión de éste en el índice de precios al consumo (IPC), ya que esto influiría sobre las tasas de

inflación. Por este motivo hay gobiernos que han propuesto la salida del tabaco del IPC, lo cual es un tema controvertido por sus múltiples implicaciones económicas.

2.4.4 Protección de la población frente a las presiones de consumo

Desde comienzos de los años 80, el Ministerio de Sanidad y Consumo contempló en su agenda de trabajo la necesidad de prohibir la publicidad del tabaco, redactando diversos borradores de ley. Hasta 1988 no se prohibió la publicidad directa en televisión, siendo ésta la única limitación de ámbito nacional y ampliándose posteriormente en distintas normativas autonómicas, por ejemplo prohibiendo la publicidad en vallas o mobiliario urbano publicitario, en entornos escolares, envío o distribución a menores de edad de muestras gratuitas, publicidad en emisoras de radio, etc. Por estas restricciones, las inversiones en publicidad directa de tabaco en España se han incrementado (24). Así pues, las inversiones en publicidad indirecta y patrocinio de actividades deportivas o musicales ha continuado creciendo en número y volumen, sobre todo las dirigidas a población adolescente, así mismo como la publicidad en emisoras de radio.

La restricción de la promoción directa e indirecta es el segundo factor que más repercute en la reducción del consumo de tabaco, después del incremento del precio del tabaco (21,24). Además hay que tener en cuenta que estas restricciones contribuyen a que la conducta de fumar deje de asociarse a valores positivos y deseables, en especial por los menores. La carencia de una ley que prohíba todo tipo de publicidad relacionada con el tabaco mantiene una presión hacia el consumo sobre los grupos destinatarios, que son los sectores más vulnerables de la sociedad (la infancia, la adolescencia, las mujeres y los grupos socioeconómicos menos favorecidos).

Los Estados miembros de la UE deberán aplicar la nueva Directiva (2003/33/EC) respecto a la publicidad del tabaco a más tardar el 31 de julio 2005, por la cual quedará prohibida la publicidad del tabaco en prensa y otras publicaciones impresas, con la única excepción de las destinadas exclusivamente a los profesionales del comercio de tabaco y las editadas e impresas en terceros países. Se prohíbe la publicidad de tabaco en Internet y en la radio y, los programas de radio no podrán patrocinarse por empresas cuya actividad principal sea la fabricación de productos de tabaco. Igualmente se prohíbe el patrocinio de acontecimientos en los que participen o se celebren en varios estados miembros o tengan alcance transfronterizo. También se prohíbe la distribución gratuita en estos acontecimientos. Además, en el texto aprobado se aclara que los estados miembros podrán ampliar las cuestiones no incluidas en el ámbito de la directiva.

2.4.5 Medidas informativas, programas de formación y educación pública

Los medios de comunicación son parte importante de cualquier estrategia de información y educación dirigida a la población. Por tanto es preciso realizar alianzas estratégicas con profesionales de la información para conseguir que los medios, independientemente de los intereses empresariales, participen de forma activa y sean vehículo educativo y se conviertan en portavoces de los sectores sociales que desean conseguir una convivencia sin humo.

Las campañas informativas intensas y mantenidas en el tiempo constituyen instrumentos eficaces para incrementar la aceptación pública de las medidas políticas de prevención y control del tabaquismo (25).

Existen numerosos estudios acerca de la importancia de los medios en este tipo de estrategias antitabaco. Los primeros estudios dudaban de la efectividad, otros posteriormente han demostrado su utilidad, especialmente cuando se realizan de forma conjunta con otras intervenciones en distintos medios de la comunidad (26,27). Por otra parte, la industria del tabaco ha reaccionado siempre frente a este tipo de campañas contraatacando con un aumento de la publicidad específicamente dirigida a los sectores más vulnerables de la sociedad (28).

Los profesionales sanitarios deben ser capaces de intervenir con eficacia en los medios de comunicación social y tratar de establecer lazos con profesionales de la información, además de conseguir la sensibilización de los mismos y su implicación en la lucha antitabaco puede contribuir a la concienciación social. Experiencias de otros países donde algunos medios de comunicación han adoptado códigos éticos de comportamiento que les obligan a rehusar de publicidad directa o indirecta de la industria del tabaco (29).

En relación con los mensajes a transmitir, la Conferencia de Roma recomienda centrarlos en: exponer las tácticas de promoción utilizadas por la industria del tabaco, como una forma de promover la actitud crítica de los jóvenes, que les permita rechazar la manipulación; cuestionar la imagen pública con la que la industria tabaquera se presenta ante la sociedad; informar sobre las consecuencias que el uso de tabaco tiene para los adolescentes y los jóvenes, sobre los riesgos de la exposición al ACHT, y sobre la adicción que genera la nicotina; así como, informar sobre el impacto económico y medioambiental derivados del uso del tabaco.

Sería deseable iniciativas que mantuvieran continuidad en el tiempo, junto con acciones estratégicas de información y sensibilización a nivel poblacional.

2.4.6 Asistencia a fumadores:

Las actuaciones de asistencia a fumadores son necesarias porque las estrategias legislativas y educativas, pueden prevenir la morbilidad y la mortalidad debidas al tabaquismo a largo plazo, entre 30-50 años después del inicio de la intervención. Sin embargo, el tratamiento ofrecido a personas adultas fumadoras consigue una reducción de la incidencia de morbilidad y mortalidad debidas al consumo del tabaco que se empieza a observar a corto plazo (30).

Debido a esta función complementaria a las actuaciones preventivas, el tratamiento del tabaquismo es un elemento eficaz y esencial para hacer frente al tabaquismo en España. Sin embargo, en nuestro país se carece todavía de una política que asegure la cobertura pública y universal de los servicios asistenciales a fumadores, a excepción de algunas autonomías como la valenciana. Esta asistencia médica incluiría el consejo médico, el tratamiento especializado y la cobertura del coste de los fármacos de eficacia demostrada para dejar de fumar (terapia sustitutiva de nicotina y bupropion).

Las intervenciones en este ámbito han ido aumentando desde los años 80, especialmente las promovidas por sociedades científicas (como la Sociedad Española de Toxicomanías) y apoyadas en algunos casos por administraciones autonómicas (como la Comunidad Valenciana). Estas intervenciones se han desarrollado tanto a nivel de Atención Primaria de Salud como desde Atención Especializada (31). La implantación de los servicios asistenciales ha dependido en gran medida de la motivación y el esfuerzo de los equipos profesionales que, con recursos muy limitados, han considerado el tratamiento del tabaquismo como una labor esencial de su trabajo asistencial diario.

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios sobre la eficacia y el coste-efectividad del tratamiento del tabaquismo, la mayor parte de ellos en Reino Unido y en EE.UU. Estos estudios muestran que determinadas intervenciones de tratamiento son eficaces y altamente coste-efectivas. Estas actuaciones van desde el consejo médico de baja intensidad pero de gran alcance, hasta una intervención más intensiva realizada en unidades especializadas de tratamiento del tabaquismo (32,33).

Dada la importante contribución que el tratamiento del tabaquismo puede hacer para la mejora de la salud y el incremento de la esperanza de vida de la población fumadora, y teniendo en cuenta la posibilidad de que el consumo de tabaco acabe concentrándose en las clases sociales menos favorecidas, la oferta del tratamiento del tabaquismo desde el sistema sanitario es un factor muy importante por la posibilidad de extender su uso y su utilidad si se realiza a todos los fumadores que acuden a consulta (34,35).

Para asegurar el éxito en la implantación de una política asistencial en nuestro país, se requiere además el desarrollo de una política de formación continuada que permita a los profesionales de la salud el manejo adecuado del tema.

Además existen otro tipo de programas comunitarios de apoyo. Se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables al abandono del consumo (televisión, radio, prensa) y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente telefónicos o de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia tabáquica.

2.4.7 Instrumentos de evaluación y coordinación

Para conocer si las medidas adoptadas son eficaces es preciso un sistema de registro periódico. En España desde la primera mitad de los noventa existen varias fuentes, la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta domiciliaria sobre Drogas y la Encuesta Escolar sobre Drogas que nos proporcionan información a nivel nacional sobre la extensión y patrones sobre del hábito de consumo de tabaco.

En la actualidad la Encuesta Nacional de Salud proporciona indicadores cada dos años, pero es necesario un sistema que abarque una mayor periodicidad y además un registro con mayor número de indicadores. Así pues sería conveniente disponer de datos para cada uno de los objetivos y estrategias contempladas en el PNPYCT, además éstos deberían ser difundidos

adecuadamente a los profesionales de la salud, educadores y profesionales de los medios de comunicación.

2.4.8 Cooperación europea e internacional

Dado que muchos de los aspectos del tabaquismo tienen un carácter transnacional, es imprescindible que la política nacional se coordine tanto con el resto de países de la UE, como con otras iniciativas internacionales. La ratificación por parte de España del CMLA, promovido por la OMS, debe seguir a la firma del Convenio ya formalizado en Ginebra el 16 de Junio del 2003 (18).

La coordinación y participación española en foros y en actividades europeas e internacionales, de carácter gubernamental como no gubernamental, puede contribuir a reforzar de forma significativa el desarrollo de la política española sobre el tabaquismo. En este sentido, es necesario mantener y, si es posible, reforzar la participación española en iniciativas como por ejemplo la Estrategia Europea para el Control de Tabaquismo, impulsada desde la Oficina Europea de la OMS; el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS y la celebración Anual del Día Mundial sin Tabaco (31 de Mayo). Además las sociedades científicas y otras organizaciones no gubernamentales, como CNPT y las entidades que lo integran, deben mantener su participación en iniciativas transnacionales, como la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo (European Network for Smoking Prevention, ENSP), cuya representación española asume CNPT. Debería además, reforzarse la participación de organizaciones españolas en las diversas redes existentes en materia de prevención y control de tabaquismo: red europea de Hospitales Libres de Humo; red internacional sobre mujeres y tabaco, INWAT; red europea sobre jóvenes y tabaco, ENYPAT; así como la participación en actividades de ámbito internacional como los programas "Quit & Win", "Smoke Free Class", la Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, etc.

3 Estrategias de prevención

3.1 Importancia y objetivos de la prevención

Ha quedado bien establecido que el consumo de tabaco es la causa más importante de mortalidad prematura e incapacitante prevenible (36). Se ha estimado que anualmente mueren en la Unión Europea 540.000 personas a causa del consumo de tabaco y el año 1998 el número de muertos por este motivo en España fue de 46.000 (37,38).

En el marco de la actuación preventiva se dispone de numerosos instrumentos de intervención, dentro de los cuales la información y la educación sanitaria son utilizadas desde hace mucho tiempo para informar, motivar y ayudar a la población a participar de forma activa en la adopción y mantenimiento de prácticas y estilos de vida saludables.

A pesar de su magnitud, la dimensión epidémica del tabaquismo se puede controlar y prevenir. Esta siendo controlada en muchos países que llegaron a alcanzar niveles de prevalencia muy superiores a los máximos alcanzados entre la población española, y en nuestro país disponemos ya de estudios que, por primera vez, señalan una esperanzadora tendencia a la reducción, tanto en prevalencia, como en morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo (39). Por una parte, los datos preliminares de la Encuesta nacional de Salud del 2003 (40) y otros estudios señalan el inicio del descenso en la mortalidad por cáncer de pulmón (41). Si estas tendencias se consolidan, podremos considerar que las actuaciones en prevención y control desarrolladas en nuestro país durante los últimos años empiezan a obtener los primeros resultados positivos.

Los objetivos de los planes de prevención han sido definidos ya por expertos que han señalado los cinco objetivos fundamentales que deben integrar:

- ❑ Reducir el número de jóvenes que se inician al consumo de tabaco y retrasar al máximo la edad de comienzo
- ❑ Reducir el número de fumadores mediante consejo y soporte clínico del proceso de abandono de tabaco
- ❑ Reducir el contenido de sustancias nocivas de los cigarrillos para disminuir el riesgo de los fumadores que no puedan eliminar radicalmente el consumo
- ❑ Proteger a los no fumadores de los efectos molestos y nocivos del humo del tabaco
- ❑ Crear un ambiente social negativo para el consumo del tabaco, que convierta el hábito de fumar en una actitud socialmente reprochable

La legislación es la primera herramienta de las autoridades sanitarias para, coordinadamente con otros departamentos del gobierno, establecer medidas eficaces que permitan controlar el hábito tabáquico. Este tipo de acción política debe dirigirse fundamentalmente a aumentar la información y la educación sanitaria de la población en general y de los grupos de riesgo en particular, a proteger la salud de los no fumadores garantizando la existencia de espacios libres de humo, así como a proteger la salud de los propios fumadores.

Los médicos, además de apoyar cuantas iniciativas propuestas por el gobierno demuestren ser eficaces para conseguir disminuir el consumo, debemos actuar como agentes creadores de conciencia social e incluso como factores de presión, individual y colectiva, capaces de desarrollar normas encaminadas a conseguir los objetivos expuestos anteriormente, y al gobierno a la aplicación de dichas medidas.

3.2 Programas de prevención

La OMS a través del Comité de Expertos en la Lucha Antitabáquica divide los programas dirigidos a la población en dos grupos: informativos y educativos. Los primeros destinatarios a sensibilizar a los líderes sociales, a la población y a los grupos de riesgo acerca de la malignidad del problema, y los segundos para convencer a la población y a los grupos de riesgo de la necesidad de adoptar hábitos de vida saludables.

Los objetivos de los programas informativos son conseguir informar al público de las consecuencias del consumo de tabaco para la salud, conseguir que los responsables de la toma de decisiones asuman la necesidad de la lucha antitabáquica y de las posibilidades de actuación, convencer de la importancia del papel ejemplar a personas de relevancia social (médicos, profesores, comunicadores sociales, líderes de opinión, etc), contrarrestar la información (desinformación) de los fabricantes de cigarrillos, proteger los derechos de los no fumadores y crear un ambiente social favorable a la conducta de no fumar como la conducta social normal o habitual.

Los mensajes a transmitir deben ser adecuados a la población a la que se dirigen, sencillos, directos y transmitir ideas positivas. Los métodos empleados para transmitir estos mensajes pueden ser los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión) u otros medios más sencillos como hojas, folletos informativos o carteles.

Los programas educativos tienen como objetivo actuar sobre la conducta y por ello en niños y jóvenes se dirigen a evitar que adquieran el hábito de fumar, y en adultos fumadores a conseguir que abandonen el consumo. Por ello, este tipo de programas deben dirigirse a grupos concretos de población y ser específicamente diseñados para actuar sobre los principales factores que inciden sobre la conducta, reforzando la actitud de no fumar y dotando de habilidades para resistir la presión a los no fumadores y estableciendo mecanismos de ayuda para modificar la conducta de los fumadores.

En niños y jóvenes la principal herramienta didáctica es el profesor y la escuela el medio más idóneo para llevarlos a cabo. Los contenidos deben estar integrados dentro de un programa general de educación para la salud y su efectividad aumenta cuando son prolongados en el tiempo (durante toda la vida escolar del alumno) y apoyados simultáneamente de forma externa al colegio por otras campañas comunitarias que actúan sobre otros medios utilizados habitualmente por niños y jóvenes y sobre sus lugares de convivencia habitual.

En adultos, la educación debe transmitirse fundamentalmente a través de médicos y personal sanitario y debe tener lugar en los propios servicios de asistencia sanitaria. En el ejercicio de sus funciones el médico debe investigar y registrar el hábito tabáquico de sus pacientes, informar de los riesgos que conlleva el consumo, aconsejar con firmeza de la conveniencia de abandonarlo y ofrecer el soporte clínico necesario para que aquellos que lo deseen puedan dejar de fumar.

Los programas comunitarios de prevención del tabaquismo han sido estimulados por la OMS y otras asociaciones y entidades científicas, públicas y privadas, y constituyen uno de los instrumentos más utilizados en todos los países. Puede tratarse de programas aislados, realizados aprovechando efemérides como el Día Mundial Sin Tabaco (31 de mayo) y pueden utilizarse medios muy diversos o programas prolongados en el tiempo. Entre los primeros destaca ya, por su tradición e implantación, el programa Déjalo y Gana (Quit and Win) adoptado por numerosos organismos internacionales y administraciones públicas a todos los niveles y que en España está adquiriendo cierto protagonismo impulsado por las administraciones sanitarias autonómicas.

Dentro de este tipo de programa existen algunos dirigidos a poblaciones diana, con intervenciones recortadas en el tiempo, pero por lo general, existe cierto consenso acerca de las características que deben tener este tipo de intervenciones: prolongación en el tiempo, implicación

de los profesionales, participación en los medios y establecimiento de normas restrictivas sobre el uso de tabaco en los lugares donde tengan lugar. El National Cancer Institute de EE.UU. señala que ningún programa debería iniciarse si no incluye todos estos aspectos (42,43).

Se han desarrollado programas específicos para distintas situaciones y poblaciones, siendo los más frecuentes los diseñados para su aplicación en el medio escolar y laboral, los primeros destinados a disuadir a niños y jóvenes de iniciarse en el consumo y los segundos dirigidos a adultos para facilitar el abandono del tabaco por fumadores habituales.

3.3 La prevención del tabaquismo en los jóvenes

Una de las cuestiones que se hace más importante en la actualidad, después de más de dos décadas de iniciativas diversas para prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes, es el establecimiento de criterios para decidir qué programas e intervenciones son efectivas y cuáles no. Algunos de los programas más efectivos se han desarrollado en EE.UU. y no está claro que puedan ser implementados de la misma forma en otros países, pues éstos pueden no adaptarse a circunstancias culturales locales o simplemente no ser igualmente efectivos en esas culturas. Por todo ello, es importante extraer de la literatura científica algunos criterios o estándares de calidad para aplicar a la prevención del tabaquismo y de otras drogodependencias en la escuela, y con los jóvenes en general (Tabla 3).

Tabla 3. La prevención del tabaquismo basada en la evidencia

1. La prevención debe iniciarse antes inmediatamente del primer gran incremento del consumo.
2. La prevención ha de guiarse por el principio de acción iluminada por modelos teóricos explicativos de las variables a modificar.
3. Los mejores programas preventivos son los basados en el tratamiento de las normas y las competencias sociales, y en el desarrollo de habilidades para reconocer y resistir la presión social (44).
4. Las intervenciones deben ser múltiples y ajustarse al estadio cronológico del proceso de iniciación y consolidación del hábito.
5. Los programas deben ser preferiblemente de base comunitaria con impacto sobre el aula, el entorno escolar y la comunidad (45).
6. La prevención debe enmarcarse en el desarrollo complementario de unas políticas públicas adecuadas.
7. Los mensajes preventivos sobre los escolares deben acompañarse de una política de espacios sin humo en el medio escolar.
8. Las intervenciones preventivas en el medio escolar son efectivas a corto término, siendo el mantenimiento del efecto a medio y largo término mucho menor.

En primer lugar, la prevención debe de realizarse antes del primer gran consumo. En la medida que en nuestro medio esto se produce al final del primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria, la prevención debería realizarse, al inicio del ciclo, cuando los escolares tienen 12 y 13 años (46,47).

La prevención ha de guiarse también por el principio de que la acción ha de estar iluminada por modelos teóricos, explicativos de las principales variables a modificar. Es decir, en la medida que vamos aumentando nuestro conocimiento de las causas que explican el fenómeno, vamos modificando y completando el modelo que transferimos después al diseño de los programas e intervenciones (48).

Entre los programas más efectivos es común las sesiones de refuerzo y la extensión de las estrategias preventivas a dos o tres cursos lectivos. No obstante, todavía no hay suficiente evidencia que los programas con sesiones de refuerzo o con mayor intensidad de sesiones en su formato sean más efectivas que otros programas más breves (49).

La evidencia de que los programas deben de ser de base comunitaria con impacto sobre el aula se entiende por intervenciones sobre el medio familiar, campañas utilizando los medios de comunicación social, así como la movilización de intermediarios sociales para crear un clima social favorable para la prevención.

Finalmente, hay un amplio acuerdo en que las intervenciones preventivas en el medio escolar son efectivas a corto término, siendo el mantenimiento del efecto a medio y largo término mucho menor (50). También se cree que el efecto de los programas de prevención primaria del tabaquismo parece ser mucho menor del inicialmente esperado (51). Por este motivo, se considera necesario la utilización de programas o estrategias evaluadas que hayan demostrado su

efectividad (52), pues sólo una selecta muestra de programas de prevención del tabaquismo ha mostrado ser efectivo (51).

La implantación de programas preventivos rigurosamente evaluados es compleja y a menudo se ve dificultada por la escasa atención que se presta a la salud pública, y en concreto a la prevención. En otras ocasiones las dificultades se deben a la creencia de que la prevención escolar ha de solucionar el problema del consumo de tabaco, cuando, como se ha descrito anteriormente, la prevención primaria debe incluir en una acción coordinada, los programas de prevención escolares junto a la acción e intervención de otros ámbitos de la comunidad.

Bibliografía

- 1 OMS. Se puede lograr. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
- 2 OMS. Tobacco or Health: a global status report. Génova, OMS, 1997.
- 3 Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. En: Bolliger CT, Fagerström KO (eds). The Tobacco epidemic. Prog Respir Res. Basel, Karger, 1997.
- 4 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Secretaría General Técnica, 1995.
- 5 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. www1.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2001/encuesta.htm.
- 6 Infante C, Rubio-Colavida JM. La prevalencia del consumo de tabaco en España. Adicciones 2004;16(Supl. 2):59-73.
- 7 World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, 1999.
- 8 Pardell H, Salleras LI, Salvador T. Informe. El tabaquismo a Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social 1983;13.
- 9 López J, Hernández J. Una historia del tabaco en España. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación 1990.
- 10 Álvarez FJ. Coste sociosanitario del tabaquismo. El interés y la ética. Prev Tab 2001;3(4):203-4.
- 11 Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ergon, 2003.
- 12 Villalbí JR. El tabaco como problema de salud pública. En: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002 (vol 1). Cap 7. Conselleria de Sanitat, 2002.
- 13 Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, 2003-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- 14 Comité de expertos de la OMS. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de Informes Técnicos nº568. Ginebra: OMS, 1974.
- 15 Comité de expertos de la OMS. Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de Informes Técnicos nº636. Ginebra: OMS, 1979.
- 16 Roemer, R. Legislative action to combat the world tobacco epidemic. Génova: OMS, 1993.
- 17 OMS. World Health Report 1999. Chapter 5: Combating the tobacco epidemic. Génova: OMS, 1999.
- 18 Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003.
- 19 Tercer plan de actuación para una Europa sin Tabaco (1997-2001). <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ue/directivaue.htm>.
- 20 World Health Organization, Regional Office for Europe. European Strategy for Tobacco Control. Copenage: OMS, 2002.
- 21 Banco Mundial. La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
- 22 Rabin RL, Sugarman SD. Regulating Tobacco. Nueva York: Oxford University Press, 2001.
- 23 Surgeon General Report. Reducing tobacco use. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- 24 Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokkinides V. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain 1982-1997. Case studies in international tobacco surveillance. Cancer 2004;100:1744-49.
- 25 World Health Organization Regional Office for Europe. The European Report on Tobacco Control Policy. Review of Implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001. Copenage: OMS, 2002.
- 26 Pierce JP, Macaskill P, Hill D. Long-term effectiveness of mass media led antismoking campaigns in Australia. Am J Public Health 1990;80:565-9.

- 27 Popham WJ, Potter LD, Hetrick MA, Muthen LK, Duerr JM, Johnson MD. Effectiveness of the California 1990-1991 Tobacco Education Media Campaign. *Am J Prev Med* 1994;10:319-26.
 - 28 California Department of Health Services and Department of Education. *Toward a tobacco-free California: a report on the activities and evaluation of California's Tobacco Control Program*. Sacramento: California Department of Health Services, 1992.
 - 29 Role of media in Tobacco control. *World No-Tobacco Day*. *MMWR* 1994;43:341.
 - 30 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guideline 2000*. Washington DC: National Library of Medicine, 2000.
 - 31 Pardell H, Jane M, Sánchez I, Villalbí JR, Saltó E et al. Manejo del fumador en la clínica. *Recomendaciones para el médico español*. Organización Médica Colegial. Madrid: Ars Medica, 1983.
 - 32 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste -efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2003.
 - 33 Silagy C, Stead LF. Physician advise for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
 - 34 Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *British Journal of General Practice* 2000;50:803-7.
 - 35 Jiménez CA, Barrueco M, Carrion F, Cordobilla R, Hernández I, Martínez E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. *Resultados de un estudio multicéntrico*. *Archivos de Bronconeumología* 1998;34:433-6.
 - 36 US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General, 1994*. Atlanta, Georgia: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1994.
 - 37 Peto R, López AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developing countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 - 38 Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin* 2001;117:692-4.
 - 39 Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero A. Patrón de mortalidad en España, 1998. *Medicina Clínica* 2002;118:13-15.
 - 40 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud 2003 (datos preliminares)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
 - 41 Fernández E, González JR, Borrás JM, Moreno V, Sánchez V, Peris M. Recent decline in cancer mortality in Catalonia (Spain): a joinpoint regresión análisis. *European Journal of Cancer* 2001;37:2222-28.
 - 42 Serraino D, Franceschi S, Tassan M, Baron E, Talamini R. Cigarette smoking recidism after participation in the "Five Day Plan to Stop Smoking" in Northastern Italy. *Prev Med* 1993;22:272-83.
 - 43 National Cancer Institute. *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990's*. Publication nº NIH 92-3316. Washington: department of health and human services, 1991.
 - 44 Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis?. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(3):175-87.
 - 45 Tobler NS, Roona Mr, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 metaanalysis. *J Prim Prev* 2000;20(4):275-336.
 - 46 Villalbí JR, Nebot M, Comín E, Murillo C. Consumo precoz de tabaco en escolares. *Rev San Hig Pub* 1990;64:613-23.
 - 47 Ariza C, Nebot M. Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de ensanza primaria y secundaria. *Gac Sanit* 1995;9:101-9.
 - 48 De Vries H, Kok GJ. From determinants of smoking behaviour to the implications for a prevention programme. *Health Education Research* 1986;2(1):85-94.
 - 49 Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav* 2002;27:1009-23.
 - 50 Stead M, Hastings G, Tudor-Smith C. Preventing adolescent smoking: a review of options. *Health Educ J* 1996;55:31-54.
 - 51 Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med* 2003;37:451-74.
- White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998;93:1475-87

MODELO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

Mtra. María del Carmen Eslava Sánchez*
Dr. José Agustín Vélez Barajas**

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años se ha identificado al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo; investigaciones realizadas en diversos países, reportan un ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como una disminución en la edad de inicio.

La Organización Mundial de la Salud indica que el hábito de fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de 8242 muertes por día y cuatro millones al año en el mundo, de las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo.

Las tendencias indican que para el año 2020, más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida, para el 2030, 7 de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo.

Los estudios epidemiológicos de seguimiento han demostrado que dejar de fumar produce beneficios importantes e inmediatos para la salud, tanto para hombres y mujeres de todas las edades, ya sea que tengan enfermedades relacionadas con el tabaco o no. Dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer de pulmón, otros cánceres, infarto de miocardio, accidente vascular cerebral y limitación crónica al flujo aéreo. (Samet, 1992)

En México se estima que 140 personas mueren diariamente por causas asociadas con el tabaco, esta es una de las razones por las que el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas de salud pública prioritarios. En el presente se perfila como una enfermedad no transmisible que, de no establecer medidas integrales para su control, rebasará la capacidad sanitaria que se requiere para su atención.

La Encuesta Nacional de Adicciones 1998, señala que en México, el 27.7% de la población urbana entre 12 y 65 años fuma (13 millones de personas), 57.4 no fuma y el 14.8% refirieron ser exfumadores. La comparación de los datos entre 1988 y 1998, establece que la proporción de fumadores en México, se incrementó en 7%, aunque es posible que la prevalencia nacional esté subestimada, ya que la muestra no incluye a personas menores de 12 años ni mayores de 65 años.

Para 2002, año de levantamiento de la cuarta Encuesta Nacional de Adicciones, las cifras no variaron mucho, salvo que se identificó a los fumadores en zonas rurales del país.

PROPUESTA

La prestación de servicios de salud orientados hacia la prevención y el tratamiento del tabaquismo en México, es una labor que requiere de la coordinación, la concertación y la vinculación de acciones y recursos de las instituciones que conforman el sector salud en México, en el marco de la democratización de la salud postulado en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Asimismo, se requiere incorporar en forma eficiente y responsable a diversos sectores de la administración pública, como el educativo, el de desarrollo social, el económico, el de protección del medio ambiente y el agrícola, entre otros, de los cuales también depende la

* Maestra en terapia familiar. Subdirectora de fomento y acreditación en el Consejo Nacional contra las Adicciones.

** Médico psiquiatra. Profesor en la maestría en psicología de las adicciones de la UNAM

dinámica del consumo de tabaco en el país. (Rubio Monteverde et al, 2001)

Acorde con las diversas estrategias para la atención de los problemas emergentes de salud plasmadas en el Programa Nacional de Salud, se pretende lograr que los servicios de atención en materia de tabaquismo estén al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, para ir eliminando los rezagos; con base en criterios de calidad y calidez, y logrando costos que sean accesibles para toda la población. (Idem)

Para ello, se hace necesario proponer un modelo de atención que permita determinar prioridades en esta materia, con base en el diagnóstico de la magnitud del tabaquismo en el ámbito nacional, la legislación vigente, y la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros existentes en las diferentes instancias e instituciones que conforman el sector salud. (Idem)

El modelo que se propone establece que la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial constituye la principal estrategia para establecer y brindar una gama posible de servicios, incorporando métodos y técnicas apropiados para cada uno de los tres niveles de atención en que está organizado el sistema nacional de salud, e involucrando tanto a las instituciones del sector público como las del privado. (Idem)

Como parte del **Programa contra el Tabaquismo**, se hace necesario proponer un modelo que se constituya como un instrumento orientador para la organización de estos servicios, ya que propone las acciones que se deberán desarrollar en cada nivel de atención acorde con diferentes grados de complejidad, y con recursos que permitan contribuir realmente al mejoramiento del nivel de salud de los individuos y las familias afectadas por este problema de salud.

El modelo pretende responder a los planteamientos del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, al promover la participación activa de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, y al apoyarse en la descripción de variables demográficas, epidemiológicas e infraestructura existente, sugiriendo bases generales para proporcionar en forma adecuada este servicio a la población. La aplicación de este modelo dependerá de la existencia de recursos suficientes en cada institución, de la difusión adecuada, de la capacitación del personal de las unidades operativas y de la correcta definición de mecanismos de seguimiento y de evaluación.

En consecuencia, el *Modelo* incluirá promoción de la salud en primer nivel de atención, así como el segundo y tercer nivel de atención los cuales, a su vez, deberán asegurar tanto la prevención primaria, como la prevención secundaria en usuarios de tabaco con daños moderados en su salud, así como la atención especializada de acuerdo con modelos certificados de tratamiento y rehabilitación en tabaquismo (ver Figura 1).

En este sentido, el papel de los médicos es fundamental y crítico. De aquí se desprende la necesidad de un programa de educación y capacitación para el tratamiento del tabaquismo. Este programa, que deberá comenzar desde las facultades y escuelas de medicina, también tendrá que involucrar a los actuales médicos generales de todo el país.

La prevención y el tratamiento del tabaquismo suponen hacer énfasis en los grupos de mayor riesgo, ampliar la capacidad y la calidad de respuesta de los servicios de salud para atender este problema emergente de salud derivado de la transición epidemiológica; fomentar una cultura de protección a la salud que reduzca los riesgos y promueva estilos de vida saludables; fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional en los estados y con ello, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios en materia de tabaquismo en el país.

Figura 1. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México



EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Características generales y núcleo básico de salud

En las unidades de primer nivel de atención, se desarrollan actividades dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios se enfocan a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos de poca complejidad técnica: estimulan además, las formas de organización y participación comunitaria en los servicios. (MASPA, 1995)

La organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención, permite la aplicación de estrategias para la prevención primaria del tabaquismo y la promoción de la salud, estableciendo contacto directo con la comunidad y con los grupos de alto riesgo en particular.

La población en general se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo para iniciarse en el consumo del tabaco, por lo que es indispensable promover desde el primer nivel de atención, la existencia de factores protectores a fin de inhibir o desalentar a ciertos grupos de la población para iniciarse en el consumo de tabaco y permitir que se mantengan sanos. Existen grupos, sin embargo, que están más expuestos a los factores de riesgo, lo que los convierte en grupos vulnerables o de alto riesgo. Hacia ellos, se hace necesario dirigir acciones más específicas, utilizando una vez más el primer nivel de atención.

Las acciones requeridas en la comunidad incluyen las campañas de información y sensibilización, así como de la participación comunitaria para elaborar propuestas conjuntas de atención.

En los núcleos básicos de salud, los servicios que se pueden otorgar tanto a los usuarios como a los individuos y grupos de alto riesgo incluyen la orientación, la detección y el reporte de

casos nuevos, las intervenciones breves, el consejo médico y la canalización hacia el 2º y 3º nivel de atención, en caso de ser necesario. Además pueden aplicarse acciones específicas como son elaboración de contenidos educativos en materia de tabaquismo, validación de guías de intervención y preparación de manuales de atención. La investigación epidemiológica, la capacitación permanente del personal de salud y la formación de recursos humanos especializados constituyen acciones de apoyo para reforzar la calidad de la atención en este primer nivel.

La unidad funcional de los centros de salud es el núcleo básico de servicios conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras. Las alternativas, en caso de no contar con este núcleo serán: la integración del mismo con un médico y una enfermera, la sustitución del médico y la enfermera con pasantes de estas carreras y con personal técnico en localidades rurales donde no exista personal profesional. (MASPA, 1995)

Atención primaria y promoción de la salud

Se entiende por Promoción de la salud a todas aquellas acciones que se realizan con el objetivo de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. (Ley General de Salud)

La prevención y promoción de la salud es una actividad fundamental en atención primaria, y los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la lucha contra el tabaquismo. (Torrecilla García et al, 2001)

La atención primaria ofrece una oportunidad excelente para abordar el problema del consumo de tabaco; por otro lado, la continuidad de la atención a través de los años permite que se hagan intervenciones breves, pero acumulativas que pueden ejercer un importante efecto a lo largo del tiempo.

El consejo médico

3.1. Introducción

La principal función de los profesionales médicos es ayudar a la población a cuidar de su propia salud, intentar prevenir y tratar las enfermedades y cuidar a las personas enfermas.

La persona que fuma necesita muchas veces que alguien le ayude a ver que el tabaco es un peligro para la salud, y que en algunas ocasiones le ayude de un modo efectivo a dejar de fumar. (semFYC, 1997)

Los estudios han demostrado que una intervención de 3 minutos de los médicos de cabecera puede conseguir que un 5% de sus pacientes que acudan a la consulta por cualquier motivo dejen de fumar al menos durante un año (Rusell, 1979). Cuando los profesionales de la salud hacen intervenciones más intensivas logran alrededor de un 22.5% de éxitos al año (Schwartz, 1992, Martin, 1993).

Desde el clásico estudio de Rusell et al 1979, parece indudable que una de las formas de disminuir el tabaquismo (al menos desde una perspectiva de salud pública) es conseguir que el diagnóstico y tratamiento de los pacientes fumadores sea aceptado como una responsabilidad propia de los profesionales de atención primaria. (Torrecilla García, 2001)

Por otra parte, el coste que conlleva el tratamiento del tabaquismo, tanto desde el punto de vista de la intervención mínima como de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) o del tratamiento farmacológico en general, es menor que otras actividades que cotidianamente se realizan en cualquier consulta de atención primaria como el tratamiento de la hipercolesterolemia o de la hipertensión arterial, lo que convierte a esta actividad en un servicio, además de eficaz, eficiente. (Plans et al 1995)

La magnitud del problema junto con los pocos medios que son necesarios para su abordaje en la práctica asistencial rutinaria, debería impulsar a las autoridades a convencer, estimular, implicar y capacitar para ello, cuando sea necesario, a los profesionales de atención primaria.

3.2. Consejo médico: concepto y características

En atención primaria el método utilizado preferentemente es la relación individual entre paciente y médico, combinando elementos de la entrevista clínica y elementos educativos, que permite identificar las necesidades de cada paciente, e individualizar la educación necesaria.

En el ámbito de la promoción de la salud, el consejo médico ha sido definido como un elemento de la educación sanitaria que se orienta hacia la adopción de cambios voluntarios en la conducta con un impacto positivo en la salud. (Green, 1980)

El proceso de consejo proporciona un abordaje sistemático del trabajo con un paciente en el que el médico plantea una serie de preguntas que se centran en el desarrollo de una autoeficacia positiva en el paciente (es decir, la creencia en la propia capacidad para poner en práctica un cambio de conducta) y en el desarrollo de un plan de cambio. Todo individuo tiene recursos, fuerzas y experiencias previas que pueden ser utilizadas para facilitar los cambios que se pretenden. Si es necesario, puede aportarse mayor información respecto a las estrategias conductuales eficaces que han de utilizarse para promover la conducta buscada. El efecto de estas estrategias puede vigilarse en un control evolutivo, y puede ajustarse el plan de tratamiento según las necesidades.

La recomendación y el aporte de información pueden estar integrados en la técnica de consejo. El consejo centrado en el paciente puede requerir de dos o tres minutos adicionales, si se centra en un tema concreto y utiliza materiales y recursos auxiliares, y diez o quince minutos si el médico desea dedicar más tiempo al paciente o puede hacerlo. El aspecto más importante del consejo centrado en el paciente, con independencia del tiempo que se le dedique, es que resalta la importancia de la aportación del paciente para desarrollar un plan de cambio efectivo y unas estrategias para la modificación de la conducta. (semFYC, 1997)

Es difícil separar la valoración del proceso de intervención con consejo, que comporta en gran parte una mayor exploración de los recursos, motivaciones, fuerzas, áreas problemáticas y patrones de conducta del paciente en relación con la conducta a modificar. Sin embargo, el objetivo deja de ser la simple valoración para pasar a incorporar un papel de facilitación del médico. Mediante la discusión y la exploración de la forma en que el paciente puede hacer los cambios necesarios, el médico puede ayudarle a tener una mayor conciencia del problema y puede actuar como catalizador para el cambio. (semFYC)

La interacción médico-paciente en una entrevista de consejo para un cambio de conducta difiere de la que es característica del tratamiento médico tradicional. En esta última situación el papel del paciente suele ser de cooperación y dependencia; en la relación de consejo, el paciente interviene activamente en el diagnóstico y tratamiento, y la relación es de colaboración. A pesar de la participación activa del paciente, el médico debe seguir asumiendo la responsabilidad clínica para facilitar la progresión a lo largo de una secuencia de pasos intercambiables diseñados para ayudar al paciente a efectuar los cambios necesarios. El éxito del consejo depende de la colaboración entre el paciente y médico y de la capacidad de éste último de facilitar el proceso y ayudar al paciente a mantener su objetivo.

En atención primaria, el consejo sobre hábitos de vida se enfrenta a algunas dificultades específicas, relacionadas con la formación actual de los profesionales y con la cultura sanitaria de la población, y que han sido sintetizadas por Demack (1987): en primer lugar, el profesional espera "éxitos terapéuticos" a corto o medio plazo, mientras que el paciente espera un "tratamiento" más que un consejo; por otro lado, muchos pacientes tienen una escasa predisposición a asumir la responsabilidad sobre la propia salud; finalmente, los profesionales han recibido información inadecuada en cuanto a cómo "tratar" con problemas de estilo de vida. (Glynn, 1988)

3.3. El consejo médico paso a paso

a. Valoración del consumo de tabaco

El primer paso es preguntar, en cada visita, por el consumo de tabaco a las personas adultas y registre esto en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección debe ser de una vez cada dos años.

No es necesario continuar preguntando a las personas adultas que nunca han fumado ni a las personas que llevan muchos años sin fumar y de las que hay constancia de esta información en las historias clínicas. Se estima que un 90% de los fumadores comienza a consumir tabaco antes de los 20 años; si se deja un periodo de 10 años adicional para recoger los comienzos tardíos, no sería necesario reinterrogar a los no fumadores estables mayores de 30 años.

Valoración del consumo de tabaco

En primer lugar, no hay ningún tipo de consumo seguro. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes que en ninguna dosis pueden ser inocuos. Sin embargo, el riesgo asociado está con relación al número de cigarrillos fumados y al tiempo que se lleve fumando.

Criterio de definición

Para la OMS, un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

*Sin embargo, en la práctica habitual, y en el contexto de la mayoría de los protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta "**¿fuma usted?**".*

Una vez que se sabe que una persona fuma, es importante interrogar sobre algunos aspectos esenciales para aumentar la efectividad del consejo. Las intervenciones han de ser adecuadas al grado de motivación y a la dependencia que tenga el fumador.

Para valorar la dependencia se puede usar el cuestionario de Fargerstrom.

En el contexto de las consultas de atención primaria, de todos modos, muchas veces puede ser suficiente con cuatro preguntas para evaluar el grado de dependencia:

1. ¿Cuánto fuma?
2. ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
3. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?
4. ¿Qué pasó?

Las personas que consumen más de 15 cigarrillos al día, que fuman el primer cigarrillo en los primeros 15-30 minutos en la mañana, y/o han hecho intentos previos con malestar y recaídas en las primeras semanas, tienen probablemente un grado importante de dependencia y, por lo tanto, muchas posibilidades de experimentar un síndrome de abstinencia al dejar de fumar que condiciona sus posibilidades de éxito.

La motivación es otro factor clave, ya que es el propio fumador el que deja de fumar y ningún profesional puede hacerlo por él. Es la persona la que decide dejar de fumar y lo intenta.

CUESTIONARIO DE FARGERSTROM PARA DETECTAR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. al día?

- 31 o más
- 21 a 30
- 11 a 20
- menos de 10

<p>¿Fuma Ud. más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?</p> <p>Si</p> <p>0. No</p>
<p>3.¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?</p> <p>3. Menos de 5 minutos 6 a 30 minutos 31 a 60 minutos</p> <p>0. más de 60 minutos</p>
<p>4. ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?</p> <p>el primero de la mañana</p> <p>0. algún otro</p>
<p>¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido?</p> <p>Si</p> <p>0 No</p>
<p>¿Fuma Ud. cuando se halla enfermo o incluso en cama?</p> <p>1 Si</p> <p>0 No</p>
<p>Conversión:</p> <p>pipa = 3 cigarrillos puro = 4-5 cigarrillos 1 puro pequeño = 3 cigarrillos</p>
<p>Calificación:</p> <p>Es dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más</p>

Versión validada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Valoración del grado de motivación para el cambio

El segundo paso es valorar si el paciente está motivado para abandonar el consumo de tabaco, ya que del grado de motivación, dependerá el tipo de intervención y, posteriormente, los resultados obtenidos.

El cambio de una conducta no es un acto puntual, sino que es un proceso con varias etapas más o menos estandarizadas y que requiere un tiempo generalmente largo. Prochaska y DiClemente crearon un modelo para la conducta de fumar, pero su uso se ha extendido a la explicación de muchas otras formas de comportamiento, sobre todo, adictivas.

Estas etapas corresponden a lo que denominaron las etapas del cambio, y pueden explicarse como una progresión a lo largo de un proceso.

Estos autores definieron unas etapas sucesivas de la siguiente forma:

- ◆ **Precontemplación:** la persona no ha considerado seriamente la idea de cambiar la conducta. El fumador piensa que el tabaco no le perjudica y no está preocupado por este tema. No se ha planteado seriamente la posibilidad de dejar de fumar. Es típico en fumadores jóvenes sanos.
- ◆ **Contemplación:** hay un planteamiento serio de cambio debido, en general, a la aparición de síntomas o a experiencias cercanas de enfermedades o muertes relacionadas con el tabaco. En este estadio, el fumador piensa que debe y puede dejar de fumar, es capaz de fijar una fecha para hacerlo y de plantearse cómo hacerlo.
- ◆ **Preparación:** la persona está dispuesta a intentar un cambio, y en consecuencia, están planeándolo seriamente para un futuro inmediato, normalmente en el plazo de un mes. Normalmente ya se han realizado esfuerzos en la dirección del cambio. En el caso de los fumadores, esto se traduce en haber realizado algún intento previo que hay durado al

menos, 24 horas, o bien en ocasiones, se ha disminuido el consumo de cigarrillos.

- ◆ **Acción:** la persona está realizando los pasos necesarios para cambiar. Aquí el fumador pone en práctica los planes que había hecho anteriormente, e intenta dejar de fumar.
- ◆ **Recaída:** la persona vuelve a realizar la conducta que había intentado cambiar. El fumador recae.
- ◆ **Mantenimiento:** consolidación del nuevo hábito, la persona que ya ha cambiado está evitando recaer. En este caso el fumador se mantendría sin volver a fumar. (Prochaska, Di Clemente, 1991)

Hay varios puntos clave relacionados con esta teoría. Por un lado, este proceso es cíclico: es decir, la persona que recae, vuelve a un estadio en que, por el momento prefiere no cambiar la conducta, para después volver a plantárselo, etc. por otro lado, las recaídas son una parte normal de este proceso, y la mayor parte de la gente necesita varios intentos antes de cambiar definitivamente una conducta. Las intervenciones adecuadas en cada una de las etapas son diferentes: en las primeras fases se promueve un cambio de actitudes, mediante una escucha activa de lo que expresa el paciente y una información personalizada. En las fases de acción y mantenimiento, la persona necesita, sobre todo, ánimo, apoyo e instrucciones. (Marín, Raw, 1993)

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ADECUADAS A LAS DIFERENTES FASES DEL PROCESO DE CAMBIO	
FASE	ESTRATEGIAS
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Proporcionar más información ◆ Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia) ◆ Personalizar la valoración
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta ◆ Ofrecer apoyo ◆ Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio ◆ Proporcionar material de ayuda
Acción	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ofrecer apoyo ◆ Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída ◆ Proporcionar información sobre el proceso de cambio ◆ Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento ◆ Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar ◆ Ofrecer un apoyo (incondicional)

c. Cómo aconsejar

El consejo de los profesionales sanitarios con relación a los hábitos de vida, en este caso, tabaquismo, depende en gran medida de su capacidad percibida o autoeficacia en el consejo. Es por esto fundamental, que el médico tenga un convencimiento acerca de la utilidad de su intervención. (Mann 1989)

El consejo siempre debe ser **positivo**, ya que se está intentando que una persona tome una decisión positiva de cambiar una conducta poco saludable. Hay mensajes positivos que se le pueden dar a un fumador: si deja de fumar su expectativa de vida aumenta, y aumenta su probabilidad de vivir sin enfermedades o sin incapacidad. (semFYC, 1997)

También debe ser **claro**, la evidencia científica sobre la importancia de no fumar es contundente y el mensaje debe transmitirse sin ambigüedades.

Por otra parte, ha de ser **específico**, (por ejemplo, si se trata de un adolescente, hacer incapié en aspectos estéticos, que son los de mayor importancia en esta etapa vital); **personalizado**, en atención primaria el médico conoce detalles de la vida del paciente que pueden ayudar en el consejo y, **adecuado** al momento del proceso de cambio en que está el individuo.

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria propone una serie de temas que debe cubrir el consejo centrado en el paciente y los aspectos que se deben lograr en el paciente:

1. Recomendar el cambio
2. Personalizar los riesgos y beneficios de la conducta
3. Valorar la motivación
4. Valorar experiencias previas de cambio de conducta
5. Discutir los problemas y barreras
6. Comentar los recursos disponibles
7. Desarrollar un plan de cambio
8. Programar el seguimiento

Cuando un fumador acude a la consulta y está motivado para dejar de fumar, es muy importante acordar con él una fecha para intentarlo. Normalmente se le recomienda que el paciente busque un día en las cuatro semanas siguientes, ese día queda registrado en la historia clínica. Esto supone un compromiso firme, que refuerza la motivación del paciente y le ayuda a tener éxito.

Hasta ese día, el fumador puede hacer algunas cosas que le ayudarán a dejar de fumar:

- ◆ Pensar y escribir las razones para dejar de fumar y también las razones por las que fuma.
- ◆ Desautomatizar la conducta de fumar: durante unos días registrar todos los cigarrillos que fuma, las circunstancias en las que fuma y el grado de motivación que se tiene para fumarlo. Esto ayuda a conocer qué situaciones están asociadas a la conducta de fumar y prever maneras de afrontarla sin cigarrillos los primeros tiempos después de dejarlos.
- ◆ Calcular el dinero que gasta en fumar y planear usarlo en algo que desee hacer tiempo.
- ◆ Buscar apoyo para dejar de fumar: puede ser más fácil dejar de fumar al mismo tiempo que un amigo o el cónyuge.
- ◆ Proporcionar folletos de autoayuda con instrucciones concretas sobre cómo dejar de fumar.
- ◆ Aconsejarle que piense sólo en el día concreto, que realice ejercicios suaves, beber grandes cantidades de agua o de jugos de frutas ricos en vitamina C (le ayudarán a eliminar la nicotina), masticar chicles sin azúcar, tener algo en las manos, una pluma, por ejemplo, para ayudar a calmar el componente oral y manual y practicar ejercicios de relajación sencillos, por ejemplo, varias respiraciones profundas seguidas. (semFYC, 1997)

Los puntos clave de la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria son:

AVERIGUAR sobre el consumo de tabaco en cada visita

- a. ¿Usted fuma?
- b. ¿Cuánto fuma?
- c. ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
- d. ¿Quiere dejar de fumar?
- e. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó?

ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar

- a. Aconsejar claramente, por ejemplo: "Como su médico/enfermera, le aconsejo que deje de fumar".
- b. Personalizar el mensaje. Tenga en cuenta la condición clínica, la historia del consumo de tabaco, la historia familiar, los intereses personales o los roles sociales.

AYUDAR Y APOYAR al paciente a dejar de fumar

- a. Fijar una fecha. Ayude al paciente a fijar una fecha en las 4 semanas siguientes, reconociendo que nunca es el momento ideal.

- b. Proporcionar material de auto-ayuda. Ofrézcase a discutirlo con el paciente.
- c. Considerar los sustitutos de la nicotina, especialmente en fumadores muy dependientes (los que fuman 15 cigarrillos o más cada día o los que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse).
- d. Si el paciente no es capaz de dejar de fumar ahora:
 - ◆ Proporcionar folletos motivadores
 - ◆ Preguntar en visitas sucesivas

ARREGLAR citas de seguimiento

- a. Fijar una cita de seguimiento 1-2 semanas después de la fecha para dejar de fumar.
- b. Llamar al paciente en los 7 días siguientes a la primera cita, para reforzar la decisión de dejar de fumar y recordar la fecha elegida.
- c. En la primera cita de seguimiento, preguntar sobre el consumo de tabaco para apoyar y ayudar a evitar recaídas. Las recaídas son comunes, si se recae, anime al paciente a volverlo a intentar de inmediato.
- d. Fijar una segunda cita de seguimiento en 1 o 2 meses. Si el paciente ha recaído, discuta las circunstancias de la recaída y cualquier otra preocupación especial.

Extraído de: Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Adaptado de: Glynn TJ, Manley MW. "How to help your patients stop smoking: The National Cancer Institute Manual for physicians. National Cancer Institutes of Health Bethesda, MD, 1989.

d. Recomendaciones para el uso de sustitutos de nicotina

Finalmente, se presenta un esquema para el uso de sustitutos de nicotina, como apoyo al consejo médico y al seguimiento, especialmente en fumadores muy dependientes (los que fuman 15 cigarrillos o más cada día o los que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse). (Figura 2)

Las terapias de reemplazo con nicotina mejoran, aunque no anulan completamente, los síntomas de abstinencia a la nicotina. (Córdoba García et al, 2001)

La función de las TRN es disminuir los malestares que son ocasionados por el síndrome de abstinencia.

Existen diferentes presentaciones de sustitutos de nicotina. Las más conocidas son la goma de mascar, el parche transdérmico, el spray nasal y el inhalador de vapor.

Chicle de nicotina: cada tableta de goma de mascar contiene de 2 a 4 mg. De nicotina. La goma debe masticarse con la técnica de "masticar y guardar". Esto significa que el paciente la mastica durante unos cuantos segundos o minutos hasta obtener el aporte suficiente de nicotina. Una vez que esto se ha conseguido, el chicle se guarda entre las encías y los dientes hasta que la "necesidad" de nicotina vuelve a aparecer. Posteriormente, repite el proceso durante el tiempo que sea necesario para extraerle el 190 o 100% de la nicotina, la cual será absorbida rápidamente por la mucosa bucal. El número de chicles que se recomiendan al día varía de persona a persona y el consejo es que se les indique utilizar los que sean necesarios para mantenerse en abstinencia del cigarro. (INER, Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para dejar de Fumar)

Parche transdérmico: existen en el mercado cuando menos dos o tres tipos de parches transdérmicos. Sin embargo, han recibido muy poca promoción. Más recientemente se lanzó al mercado un tipo de parches que recomienda reducción progresiva de 21 a 7 mg. De nicotina. El tratamiento empieza con un parche de 21 mg. Para aquellos fumadores que consumen más de 10 cigarros al día. Este se debe utilizar durante 6 semanas. Después recomiendan continuar con el de 14 mg. durante 2 semanas y finalizar con un parche de 7 mg. durante otras dos

semanas. Para aquellos que fuman menos de 10 cigarrillos se recomienda empezar con el parche de 14 mg durante 6 semanas y finalizar con el de 7 mg durante 2 semanas. (INER, Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para dejar de fumar)

Debe usarse solamente en fumadores que quieren dejar de fumar y que fijan una fecha concreta.



Recomendaciones importantes:

- ◆ Antes de comenzar su uso, debe dejarse completamente de fumar.
- ◆ Los sustitutos de nicotina están contraindicados en el embarazo o lactancia, infarto agudo de miocardio reciente, arritmia severa o que está empeorando y arritmias graves.

e. Cómo ayudar a mantenerse sin fumar

La mayoría de las recaídas se producen en las primeras 2 o 3 semanas después de dejar de fumar y tienen relación con el síndrome de abstinencia.

Es muy importante avisar al paciente de la posibilidad de que esto ocurra e informarle de que se trata de una situación habitual, que tiene un curso y una evolución conocidos y que sus síntomas desaparecen en un tiempo determinado. También se ha visto que una actividad de seguimiento en las dos primeras semanas puede ayudar a superar este periodo crítico y aumentar las expectativas de éxito.

Otro factor relacionado con las recaídas es el aumento de peso que se produce en un alto porcentaje de fumadores al dejar de fumar. Es importante discutir este tema con los fumadores: reconocer que al dejar de fumar se gana como promedio alrededor de 2-4 kg. Y sólo un pequeño porcentaje de gente aumenta 10 kg o más.

Ni aún, en este último caso el riesgo para la salud es comparable al de seguir fumando. En todo caso, hay que enfatizar las mejores estéticas que se producen al dejar de fumar, aconsejar que se eviten la ingesta de azúcares y de comidas ricas en calorías. (semFYC, 1997)

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud: "La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco". 2000
- ◆ Comas Fuentes, A., Suárez Gutiérrez R., López González, L. Y Cueto espinar, A.: "Efectividad a largo plazo del consejo antitabáquico en atención primaria: el proceso de recaída". Revista Española de Salud Pública, 70, 1996.
- ◆ Córdoba García, R. Ortega Sánchez-Pinilla, R. Cabezas Peña, C., Forés García, D .y Robledo de Ríos, T. "Recomendaciones sobre estilos de vida". Atención Primaria, 28, 2001.
- ◆ Di clemente, C. Prochaska, J., Fairhurst, S. Velicer, W, velazquez, M y Rossi, J: "The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 1991.
- ◆ Programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria "Guía básica sobre consejo de los profesionales sanitarios dirigidos a modificar hábitos de vida". 1997
- ◆ Programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria "Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar". 1997
- ◆ Rubio Monteverde H., Oviedo Gómez, M., Sansores Martínez, R., Vélez Barajas, A. y Castrejón Vacío J: "Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México". 2001
- ◆ Secretaría de salud: "Ley General de Salud". Dirección General de Asuntos Jurídicos. 3º Ed., 1993, México.
- ◆ Secretaría de Salud: "Modelo de atención a la salud para población abierta", 1995
- ◆ Secretaría de Salud: "Programa Nacional contra las Adicciones: Tabaquismo". 2001
- ◆ Torrecilla García M., Berrueco Ferrero, M. Maderuelo Fernández, JA., Jiménez Ruiz CA., Plaza Martín, MD y Hernández Mezquita, MA.: "Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento". Atención Primaria, 27, 2001

LA ECONOMÍA DEL TABACO

(Economics of Tobacco)

Francisco J. López Antuñano, MD, MPH,

Investigador en Ciencias Médicas "E". Centro de Investigación en Salud Poblacional. *Instituto Nacional de Salud Pública.* alantu@insp.mx

RESUMEN

En la primera parte de este condensado abordamos algunas áreas relacionadas con la economía del tabaco: (a) oferta del tabaco en rama, intervenciones del gobierno, apoyo, instrumento de política, desarrollo de mercados, liberación del comercio, publicidad y promoción de cigarrillos, impuestos y recaudación, contrabando, costo económico, empleos impacto del control y (b) demanda de las hojas y de los cigarrillos. Después de una breve discusión sobre la ubicación y peso que el tabaco tiene dentro del aparato productor de la agroindustria en México y en el mundo, en una segunda parte llegamos a conclusiones sobre que hacer con una industria que mata prematuramente a la mitad de sus consumidores y enferma a la otra mitad y hacemos recomendaciones para la construcción de un sistema para el manejo integrado del consumo de tabaco, tomando en cuenta los principios y fundamentos del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, proponiendo un acuerdo sociedad-gobierno, frente social-nacional, acciones de prevención, promoción y protección de la salud, regulación sanitaria y eliminación del mayor riesgo a la salud.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco constituye la principal causa de enfermedad y de muerte prematura prevenible. El tabaco crea dependencia física y psicológica, pero además modifica el comportamiento social influenciado por la ausencia de la regulación sanitaria y el manejo integrado para promover y proteger la salud, cambiar las normas sociales asociadas con la adicción a la nicotina e induce al uso nocivo del alcohol y de otras sustancias psicológicamente activas. Los gobiernos pueden y deben tomar la decisión política indispensable para acelerar la transición hacia una sociedad de no fumadores de tabaco en todas las áreas de intervención: la consciencia pública de los valores indispensables para el desarrollo humano, la protección de la salud de los fumadores y de los no fumadores, la prevención de la iniciación y dependencia del tabaco y de los programas de cesación; pero sobretodo, en la eliminación paulatina de las plantaciones de tabaco, sustituyéndolas con cultivos alternativos que produzcan nutrientes orgánicos de calidad y en cantidad suficiente, generando empleos en el agro mexicano .

OFERTA

De las hojas. El tabaco se cultiva en más de 100 países, incluyendo cerca de 80 países en desarrollo. Debido a su fortaleza se puede cultivar en diferentes climas y topografías, crece bien en terrenos arenosos y carentes de agua abundante y tolera condiciones extremas de clima. La producción mundial se concentra en cuatro países, China, EUA, India y Brasil, producen cerca de las dos terceras partes y los 20 países mas importantes producen más del 90% de la producción mundial en 1997¹. Entre 1975 y 1998 la producción del tabaco ha crecido en cerca de 60 %. Este crecimiento se da particularmente en los países en desarrollo con un aumento del 128%. Este crecimiento se puede atribuir a varios factores: aumento en la demanda de cigarrillos, mejoría en la eficiencia de las plantaciones y en la "calidad del tabaco" y mayores ganancias de las empresas tabacaleras. En EUA la ganancia de cerca de US \$2000 por acre de cultivo de tabaco excede por mucho las ganancias de otros cultivos El tabaco es dinero en efectivo para muchos agricultores del mundo en desarrollo. Por eso el tabaco es un cultivo de preferencia de los agricultores de la mayoría de países productores. El mercado de tabaco no se parece al mercado libre ². Las intervenciones del gobierno influyen la producción y el comercio en la mayoría de los países. Los tipos de apoyo doméstico se resumen como sigue ³

- a) Apoyo: en los precios, en restauración de mercados, subsidios de exportación, subsidios directos, por medio de restricciones en pesticidas residuales, mezcla de reglamentos y cuotas de importación y concesión de licencias,
- b) Instrumento de política: apoyo al ingreso, pago directo, seguro del cultivo; intervenciones en el precio, impuesto de exportación, cuota en el mercado, comercio del estado, tarifas, barrera no tarifaria, apoyo al precio doméstico, asistencia en subsidios a fertilizantes, crédito, combustibles, irrigación y mecanización agrícola, infraestructura, investigación y extensión, construcción de sistemas de irrigación, mejoría de la tierra, control de plagas y enfermedades y mecanización de las plantaciones;

- c) Desarrollo de mercados: macroeconomía, tipo de cambio, electrificación rural, política fiscal nacional, política regional, apoyo al área menos favorecida; promoción estatal y apoyo político.

Comercio de las hojas. La hoja de tabaco se comercializa en el mercado mundial por tres razones principales: (1) algunos países no producen tabaco, producen muy poco o no producen un tipo particular de tabaco; (2) algunos países no producen tabaco de alta calidad o en cantidad suficiente para alcanzar la demanda doméstica y (3) los precios varían para cierto tipo y calidad entre países con diferente demanda de mezclas del producto. El patrón del comercio doméstico está desviado por las promociones de exportación por medio de tratados bilaterales de comercio, comercio en términos de concesión, subsidios de exportación y otras intervenciones del gobierno en la producción doméstica⁴. Los consumidores podrían ganar por las medidas tradicionales de beneficio. El aumento del consumo de tabaco podría también incrementar las enfermedades y las muertes prematuras atribuibles al consumo de tabaco. Los grupos de salud pública hemos expresado preocupación acerca del posible impacto de la liberalización del comercio en la salud colectiva del mundo, especialmente el impacto en los países en desarrollo⁵, el cual presenta un dilema a los responsables de la decisión política. En EUA, por ejemplo, ha emergido la cuestión de si hay un conflicto de política entre la meta del comercio de promover la exportación de cigarrillos y la meta de salud de reducir el consumo doméstico del tabaco y de participar en el movimiento internacional anti-consumo de tabaco⁶. No hay estudios para estimar cuantitativamente el impacto de la liberalización del comercio sobre la producción, comercio y consumo mundial. Los estudios disponibles se focalizan en la política específica de cómo bajar las tarifas de exportación o en la imposición de requisitos domésticos de contención en un país, como EUA^{7,8}.

Publicidad y promoción de cigarrillos Los cigarrillos son uno de los productos más fuertemente publicitados y promovidos en el mundo, no obstante, han sido muy controversiales. Muchos países han restringido la publicidad y la promoción en diferentes niveles: mientras en algunos son muy reducidas, en otros las prohíben por completo.

Efecto de los anuncios en el consumo de cigarrillos Hay dos puntos de vista acerca del impacto de la publicidad sobre el consumo de cigarrillos. La industria tabacalera argumenta que es una industria madura y por tanto la publicidad afecta solamente las acciones del mercado y las marcas y no tiene impacto en la demanda agregada de cigarrillos. En comparación, la comunidad de salud pública argumenta que la publicidad tiene efecto positivo en la demanda de cigarrillos. La publicidad es particularmente efectiva para reclutar fumadores jóvenes. El efecto de la publicidad de cigarrillos sobre el consumo ha sido examinada en tres diferentes sentidos: (1) examinando el impacto directamente, usando los datos del gasto agregado trimestral o anualmente o usando estudios transversales; (2) investigando el impacto de la prohibición de la publicidad sobre la demanda de cigarrillos; y (3) estudiando el efecto de la contra publicidad sobre el consumo⁹.

Carga impositiva Los cigarrillos y otros productos de tabaco son gravados fiscalmente de diferente manera. El método más comúnmente usado incluye impuesto especial, el valor agregado y otros impuestos *ad valorem*, así como impuestos arancelarios de importación¹⁰. Los impuestos específicos (o impuestos de venta) agregan una cantidad fija al precio de los cigarrillos, mientras que el impuesto *ad valorem* representa un porcentaje del precio base. El aumento de los niveles de impuesto en un país con alta carga impositiva llevará a un precio diferencial mayor comparado con otros países y se constituye en incentivo para comprar cigarros en las fronteras y para el contrabando de cigarrillos. El aumento en los impuestos puede ocasionar evasión debido a las diferencias de precio entre estados. Esta podría ser de gran volumen en términos de dólares absolutos, pero pequeña como acción del total de la recaudación del impuesto. Por ejemplo, estimaron que la pérdida de recaudación por la evasión de impuestos a los cigarrillos fue de menos del 6% entre 1985 y 1995^{11,12}. El contrabando se exagera por varios factores: el relativamente fácil transporte de los productos de tabaco, el alto potencial de ganancias de esta actividad ilegal, la presencia de una red informal de distribución en muchos países, la disponibilidad de cigarrillos libres de impuesto y la carencia o debilidad de la policía dedicada a la prevención y vigilancia del contrabando y la ausencia de mecanismos de punición^{13,14,15}.

Costo económico del consumo de tabaco Para estimar el costo económico de fumar tabaco hay dos enfoques: **(a)** los valores de prevalencia frente a los costos reales asociados con los casos existentes de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco. En contraste, **(b)** los valores de la incidencia frente a todos los costos futuros asociados con los nuevos casos de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco durante el año de referencia. El primer enfoque estima el daño económico actual del consumo de tabaco, el segundo, es más útil para evaluar las intervenciones que pudieran interrumpir el desarrollo de las enfermedades relacionadas. El especial interés del enfoque de incidencia es estimar el costo neto social que el consumo de tabaco impone a los fumadores activos y pasivos en sus años de vida. Este enfoque se utiliza para estimar el grado de

externalidad negativa de fumar tabaco y, por lo tanto, el óptimo nivel para fijar el impuesto a los cigarrillos.

El enfoque del costo-enfermedad incluye tres componentes: 1) costo de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco; 2) costos indirectos de la morbilidad asociada con la pérdida de emolumentos del trabajo atribuidos a fumar tabaco; y 3) costos indirectos de mortalidad relacionados a la pérdida de futuros emolumentos que se deban a muertes prematuras relacionadas con fumar tabaco. Se calcula la fracción atribuible, la incidencia de enfermedades relacionadas y el costo de la atención médica. Además se emplea el enfoque de capital humano, dando un valor a los años de vida saludable perdidos. El costo económico global asociado con el tabaco puede ser muy alto. En EUA el costo anual estimado es aproximadamente \$100 billones de US dólares¹⁶.

Significado económico del tabaco Los esfuerzos por reducir el consumo de tabaco podrían llevar a achicar la industria tabacalera. Se argumenta que la vitalidad económica de muchos países depende de una industria poderosa y que la adopción de políticas anti-tabaco podría inducir daños económicos. El impacto que la reducción en el consumo podría tener en el empleo en particular se ha estudiado extensivamente.

Empleo y tabaco. El significado económico de la industria tabacalera en un país o en una región de un país se ha evaluado como sigue: a) la industria tabacalera ha generado millones de empleos, haciendo creer que la reducción del consumo de tabaco podría ocasionar la pérdida de muchos empleos, y b) la economía dinámica con ajustes que se llevan al cabo entre industrias muestran que podría tener muy poco impacto negativo o inclusive crear más empleo si fuera eliminado el tabaco del bloque en la agroindustria.

La academia ha estimado que la contribución neta de la industria tabacalera al empleo, debería considerar después del cambio de empleo en la redistribución de los mismos recursos a otros usos alternativos. Los modelos económicos regionales y los modelos de "quitar y poner" utilizados en esos estudios, en la mayoría de los casos encuentran pocos o no efectos negativos de la política de control del tabaco sobre la salida económica y el empleo. La reducción del consumo de tabaco podría ocasionar pérdida de empleos en los sectores inmediatamente asociados con la producción como en la manufactura de cigarrillos y en el cultivo de tabaco o en regiones cuya economía depende del tabaco. Pero esas pérdidas están generalmente compensadas por el incremento de empleos en otras industrias o en regiones no dependientes del tabaco.

El sector agroindustrial en México mostró comportamiento favorable en las principales variables económicas en los últimos años. Se considera que esta situación positiva se mantendrá, toda vez que la economía nacional presenta resultados positivos y las expectativas de los principales analistas y empresarios son muy favorables. Así, cabe esperar que la industria nacional de alimentos procesados, bebidas y tabaco se desarrollará con más fuerza, tanto en el mercado doméstico como en el comercio exterior. Esta perspectiva se fundamenta todavía más con los datos del Banco de Comercio Exterior (BANCOMEXT), los cuales señalan que

*"la demanda mundial de alimentos registra cambios importantes en su estructura y composición que modifican los volúmenes comerciales de los productos agroindustriales. Esta tendencia se debe en parte a la acelerada expansión de las economías de China y de Europa del Este y a que los hábitos alimentarios de la población de países desarrollados introducen cambios importantes en su patrones de consumo"*¹⁷.

Por esto, se estima que la comercialización en el nivel mundial de estos productos se incrementará y los nichos de mercado identificados por este organismo son Asia, Europa, Latinoamérica y Norteamérica. Entre los primeros 10 lugares de importancia En la composición del valor de la producción agroindustrial de productos alimenticios, bebidas y tabaco, encontramos que el primer lugar¹⁸ lo ocupa la fabricación de cerveza con 8.9%; el octavo lugar, la fabricación de cigarrillos con 4.3%, mientras la elaboración de harina de maíz ocupa el 18 lugar con 1.6 % y la elaboración de cocoa y chocolate de mesa apenas al lugar 26 con 1.1%.

Los ingresos combinados de Cigatam-Philip Morris México alcanzaron \$6,580.8 MM Ps en el 1S 2002, lo que representa un incremento de 10.0% en comparación con el mismo período de 2001¹⁹.

Impacto del control del tabaco en los agricultores El propósito del control del tabaco es reducir el consumo del mismo y por tanto la producción podría reducirse. Los agricultores podrían afectarse durante la transición.

Políticas de control del tabaco y ganancias de los agricultores. El aumento de los impuestos podría reducir la demanda del tabaco y reducir los ingresos de los agricultores, el National Cancer Institute²⁰, estimó que el aumento del impuesto federal de 24 a 48 centavos por cajetilla de cigarrillos en EUA ocasionaría una pérdida de US \$50 millones y 8140 empleos entre los agricultores. En contraste Sumner y Wohlm y Brown^{21,22}, aseguran que el impacto de las medidas contra el tabaco como el aumento de los impuestos a los cigarrillos sobre las ganancias de lo

agricultores podría también depender de la respuesta del gobierno federal para reducir la demanda debido a intervenciones en el cultivo de tabaco.

Efectividad de los esfuerzos de diversificación La reducción del consumo de cigarrillos puede crear un colapso económico para aquellos que su vitalidad económica depende del tabaco. Por eso, en los países en desarrollo se continúan esfuerzos por diversificar las actividades económicas de los agricultores a fin de reducir su dependencia del tabaco y se fomenta la producción de cultivos alternativos. En los EUA los esfuerzos son escasos y no se han ofrecido a los agricultores ningún incentivo financiero para mudar de cultivo. Las alternativas incluyen plantaciones especiales que requieren mano de obra intensa y actividades con valor agregado como los alimentos procesados. Las grandes ganancias del cultivo de tabaco han limitado en general el impacto de los esfuerzos para estimular la instrumentación de alternativas de producción agrícola.

En Canadá, el plan de diversificación otorga incentivos a los agricultores para detener el cultivo del tabaco y desarrollar alternativas, desde 1980. Un número significativo de agricultores han suspendido la producción de tabaco por medio de este programa y muchos otros reconocen que podrían haber dejado de plantar tabaco, sin el programa. El suceso aparente del programa está validado por el hecho de que el 24% de los participantes continúan trabajando en plantaciones como empleados en vez de como empresarios²³.

DEMANDA

Demanda de las hojas de tabaco. El tabaco que consumen los seres humanos no es el producto final que se cultiva en el mundo. Las enormes hojas de la planta llamada *Nicotiana tabacum* se utiliza para confeccionar productos de tabaco. La fabricación de cigarrillos utiliza la mayor parte del tabaco cultivado en el mundo. Por ejemplo, en los EUA la producción de cigarrillos ocupó el 90% del total del tabaco consumido en 1996²⁴. Otros productos incluyen tabaco sin humo y cigarros puros o charutos. La demanda de tabaco se deriva primariamente de la demanda del consumidor de cigarrillos. Por lo tanto, los factores que influyen la demanda de cigarrillos afecta la demanda del tabaco. Los fabricantes de cigarrillos usan tabaco y otros ingredientes en la fabricación de cigarrillos. Otro determinante importante que afecta la demanda de tabaco es la proporción de tabaco y productos sustitutos.

La magnitud con que la demanda de un producto por los consumidores varía en función de las modificaciones de su precio recibe el nombre de *elasticidad* de la demanda en relación con el precio. Por ejemplo, si un aumento del precio del 10% produce una disminución de la demanda del 5%, la elasticidad de la demanda será -0,5. Cuanto mayor sea la respuesta de los consumidores al cambio de precio, mayor será la elasticidad de la demanda.

Sumner y Alston (1987)²⁵ estimaron que la elasticidad para el valor del precio constante de la demanda para EUA era de -2.3. Otros autores²⁶ usaron un modelo dinámico para mejorar esa elasticidad y encontraron que es menos elástica: -1.46. La elasticidad de la demanda del precio cruzado para el tabaco importado respecto al precio en EUA fue de 2.0. La sustitución del tabaco ocurre en dos formas: aumentando la proporción de aditivos a los cigarrillos y reduciendo el desperdicio, las cuales fueron instrumentadas con nuevas tecnologías de producción. La elasticidad del precio constante del tabaco secado por calor se estimó estar cerca a -1.0²⁷, -2.0²¹ y solo -0.4²⁶, comparado con un valor de -2.5 estimado por Sumner y Alston²⁸. Otra tecnología también permitió el uso de la hoja entera de tabaco y la cantidad para producir 1000 cigarrillos cayó de 2.70 libras en 1950-54 a 1.70 libras en 1987²⁸.

Demanda de cigarrillos de tabaco. En México, la prevalencia ajustada de los hogares que reportaron algún gasto en tabaco disminuyó de 22.4 a 9.9% entre 1992 y 1998. Los hogares asignaron poco más de 4% de su ingreso a la adquisición de tabaco. Se observó un gradiente entre nivel de ingreso y gasto en cigarrillos. El quintil I (el más pobre) destinó una mayor proporción de su ingreso que los quintiles superiores. El promedio de cigarrillos consumidos diariamente pasó de 7.5 a 9.8 entre 1992 y 1998. Se estimó que más de 90% de los "hogares fumadores" consumió hasta una cajetilla diaria. La demanda estimada de cigarrillos sin filtro aumentó entre 1992 a 1998, pasando de 0.4 a 4.8%, registrándose así el mayor incremento en 1996. Finalmente, se encontró que, tanto los precios como el ingreso, fueron los determinantes más importantes del gasto en tabaco. Una política de precios podría favorecer la reducción de la demanda y, por ende, mejorar las expectativas de salud de la población²⁹.

Las elasticidades del precio de la demanda de cigarrillos varían en numerosos estudios. La mayoría tienden a ser menor de 1, por tanto. La demanda de cigarrillos es precio-inelástica. Un meta-análisis de los determinantes del consumo de tabaco revisó sistemáticamente 48 estudios, y llegó a una media ponderada de la elasticidad del precio de demanda para cigarrillos de -0.4³¹. La elasticidad del precio a corto plazo recomendada por el panel de expertos para el análisis de políticas es -0.4³². La elasticidad a largo plazo es cerca de 1.5X la elasticidad del precio a corto plazo. Los jóvenes y los pobres tienden a ser más responsivos a los cambios en los precios de los cigarrillos. El ingreso, en general, está relacionado positivamente a la demanda de cigarrillos. La

elasticidad del ingreso estimado es 0.36, pero decrece con el tiempo. Las restricciones de fumar en lugares públicos y en sitios de trabajo privados han reducido significativamente la demanda de cigarrillos. Los estudios sobre la demanda de cigarrillos han aplicado diferentes modelos económicos a dos tipos de datos, de nivel agregado e individual.

El uso de un modelo de racional de adicción para modelar la demanda de cigarrillos ha sido controversial. Los críticos del modelo argumentan que nadie se va a sentar en un período inicial, encuestar ingreso futuro, tecnología de producción, inversión/función adictiva y preferencia de consumo por toda la vida, maximizar el valor descontado de su utilidad esperada y decidir volverse alcohólico. El trabajo empírico para probar los comportamientos adictivos racionales ha proporcionado también resultados mezclados. No obstante el vasto número de estudios sobre demanda de cigarrillos, se han conducido muy pocos estudios en países en desarrollo, a pesar del aumento en el consumo de cigarrillos.

Estamos revisando los modelos económicos y los datos usados para estimar tanto la demanda de tabaco en hojas, como la de cigarrillos, el efecto de los precios de los cigarrillos en la demanda, el efecto del ingreso y de la prohibición de fumar en lugares públicos y de trabajo. En general, la prohibición de fumar se ha encontrado que reduce tanto prevalencia como el promedio diario del consumo de cigarrillos entre los fumadores. Por ejemplo, Yurekli y Zhang (2000) ³³ estimaron que la prohibición de fumar reducía el consumo *per capita* de cigarrillos por 4.5 % en los EUA en 1995.

DISCUSIÓN

Mediante el análisis teórico, metodológico y empírico, se han hecho esfuerzos por explicar el proceso de influencia, efectos y respuesta de México a los grandes problemas estructurales de la economía. Es conocido el impacto que la crisis y los programas de ajuste económico tuvieron sobre el gasto social, el empleo y el bienestar en México en las décadas de los 1980s y 1990s. Teruel Belismelis (2004) ³⁴ analiza las medidas de bienestar para evaluar el nivel de vida de la población. En las descripciones de la pobreza y la desigualdad que han sido calculadas anteriormente en México han utilizado las medidas del ingreso. La autora cuestiona si las medidas basadas en el consumo dan los mismos resultados cualitativamente que las medidas basadas en el ingreso para un país como México con una economía en vías de desarrollo. El consumo es una buena medida de bienestar y se observan diferencias estructurales entre las regiones urbanas y rurales, donde la actividad económica ha sido substancialmente diferente. Este método contribuye a la comprensión de la medida de bienestar y de los cambios en la distribución del ingreso en México.

Los programas para el desarrollo humano tienen como principales objetivos impulsar y fortalecer las capacidades y potencialidades de las familias en situación de extrema pobreza, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida. No obstante, deja de lado elementos fundamentales de la estructura económica:

1. que impiden o dificultan sustancialmente las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias, particularmente de los niños y jóvenes;
2. que afectan negativamente las acciones de educación, salud y alimentación, de modo que el aprovechamiento escolar se ve afectado negativamente por problemas de salud física, mental o de comportamiento;
3. que inducen a los niños y jóvenes para adoptar comportamientos que dificultan su asistencia escolar o los orillan al abandono de sus estudios;
4. que contribuyen a que los menores y jóvenes trunquen su educación básica y media superior, procuren que los padres de familia dispongan de medios y recursos suficientes;
5. que alientan la irresponsabilidad y la participación activa de los padres y de todos los integrantes de la familia para tolerar el consumo de tabaco y alcohol inclusive por los niños y jóvenes;
6. que promueven la participación y el respaldo familiar en reuniones y actividades sociales para que las tabacaleras, cerveceras y vinateras, junto con los gobiernos que las apoyan y subsidian se beneficien a expensas de la salud de consumidores activos y pasivos.

Que además incorporan sus esfuerzos de publicidad y promoción en las iniciativas de la comunidad para convertirlas en acciones afines o complementarias a los intereses económicos de las industrias del tabaco, la malta, el alcohol y los alimentos y bebidas nocivas para la salud.

CONCLUSIONES

Frente al incremento del consumo de tabaco -el riesgo sanitario más prominente en el mundo- diversas organizaciones de la sociedad civil e instancias del gobierno proponen instrumentar un Sistema Nacional para el Manejo Integrado del Consumo de Tabaco, para que por medio de la investigación/intervención se promuevan acciones conjuntas que estimulen la respuesta organizada de la sociedad con el fin de solucionar un problema severo de salud colectiva y

propiciando la transformación social en el comportamiento que favorezca el desarrollo integral y equitativo de los seres humanos.

RECOMENDACIONES

Para el logro de estos propósitos, se han establecido seis estrategias:

I. Acuerdo Sociedad - Gobierno Establecer la política de aire libre de humo de tabaco que sirva de instrumento para modificar el comportamiento como eje fundamental de la familia, y el desarrollo de los seres humanos, evitando enfermedad, sufrimiento y muertes prematuras.

II. Frente Social - Nacional Conformar el Sistema para el Manejo Integrado del Consumo de Tabaco, en forma de red, con fuerte componente de regulación sanitaria de la producción, promoción, publicidad, comercio, venta y consumo del tabaco con presencia nacional, estatal y municipal; así como movilización de grupos sociales pro-activos apoyados con el compromiso y responsabilidad de las autoridades gubernamentales.

III. Prevención Crear conciencia social, en las personas, familias y grupos sociales para establecer compromisos y acciones de regulación hasta conseguir la transformación sociocultural que favorezca el desarrollo saludable de los mexicanos.

IV. Catálogo de oportunidades protectoras Establecer un catálogo nacional de ofertas institucionales, tanto civiles (sociales), como gubernamentales, para la regulación y protección contra el tabaco como riesgo sanitario en función del diagnóstico (características físicas y mentales del fumador), prevención, tratamiento de la adicción a la nicotina y su co-morbilidad y el diagnóstico y atención médica y psicológica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco.

V. Definición social Que la sociedad en su conjunto se manifieste a favor de la salud colectiva, eliminando el riesgo sanitario mejor identificado como la causa atribuible de las devastadoras consecuencias de su consumo: el tabaco.

VI. Permanencia Establecer mecanismos y acciones de regulación sanitaria que consoliden de manera permanente la alianza sociedad - gobierno de una sociedad responsable y libre de humo de tabaco en el ambiente y el compromiso de evitar la iniciación, experimentación y dependencia del consumo de tabaco en niños, adolescentes y mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jacobs R, Gale F, Capehart T, Zhang P & Jha P. The supply-side effects of tobacco control policies. In P Jha & F.J. Chaloupka, eds. *Tobacco control policies in developing countries*, Oxford University Press, 2000.
2. Coady S, Pompelli G. & Grise VN. Government policies and programs affecting tobacco production and trade in major tobacco trading nations. *Tobacco Situation and Outlook*, US Dept. Agriculture, TS-216 (September 1991):33-37.
3. Grise VN. The world tobacco market - government intervention and multilateral policy reform. United States Department of Agriculture, Economic Research Service, *Statistics Report* No. AGES 9014. 1990
4. Saffer, H. & Chaloupka, F.J.. Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence. *National Bureau of Economic Research*, Working Paper No. 6958. 1999
5. Yach D & Mackay J. Tobacco control from a global and national perspective. *South African Medical Journal* 1996; 86(8):931-2.
6. GAO. Trade and Health Issues: Dichotomy between U.S. Tobacco Export Policy and Antismoking Initiatives. United States General Accounting Office. GAO/NSIAD-90-190. Washington, D.C., Amy, 1990.
7. Beghin JC & Chang RE. Differential products and supply controls in the analysis of agricultural policy reform: The case of tobacco. *Agricultural Economics* 1992;7:301-315.
8. Beghin JC & Hu F. Declining U.S. tobacco exports to Australia: A derived demand approach to competitiveness. *American Journal of Agricultural Economics* 1995; 77(2):260-267.
9. Saffer, H. & Chaloupka, F.J. Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence. *National Bureau of Economic Research*, Working Paper No. 6958. 1999.
10. Chaloupka, F.J., Hu, T-W., Warner, K.E. & van der Merwe, R. Taxation of tobacco products. In P. Jha & F.J. Chaloupka, eds. *Tobacco Control Policies in Developing Countries*, Oxford University Press, 2001.
11. Advisory Commissions on Intergovernmental Relations (ACIR). Cigarette tax evasion: A second look. Washington DC. 1985.
12. Yurekli, A.A. & Zhang, P. The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: An empirical model. *Health Economics* 2000; 9(2):159-170.
13. Joossens, L. & Raw, M. Smuggling and cross border shopping of tobacco in Europe. *British Medical Journal* 1995; 310:1393-1397.

14. Merriman, D., Yurekli, A. & Chaloupka, F.J. 2000. How big is the world-wide cigarette smuggling problem? En F.J., Chaloupka, & K.E. Warner, eds. Tobacco control policies in developing countries, Oxford University Press, 2000 pp. 365-392
15. Joossens, L. & van der Merwe, R. 1997. Cigarette trade and smuggling. Project update #7, *The Economics of Tobacco Control Project*, Cape Town, South Africa.
16. Chaloupka, F.J. and Warner K.E. 1998. The economics of smoking. In A. Culyer, & J.Newhouse, eds. *The Handbook of Health Economics*, 2000.
17. www.bancomext.gob.mx Patronos de consumo.
18. Ochoa Martínez R 2000 La agroindustria en México. Composición del valor de la producción agroindustrial. Revista de la Comisión de Estudios del Sector Privado para el Desarrollo Sustentable Marzo-abril, Vol 2 No11
http://www.cce.org.mx/cespedes/publicaciones/revista/revista_11/empresa.pdf
19. GRUPO CARSO MM de Pesos constantes de Junio '02 CIGATAM -Phillip Morris México sep T- 2002 Reunión de analistas e inversionistas,
20. US Tobacco Export to the Third World: Third World War, McKay, J., Journal of the National Cancer Institute Monograph, 12:25-28, 1992
21. Sumner, D.A., & Wohlgenant, M.K.. Effects of an increase in the federal excise tax on cigarettes. *American Journal of Agricultural Economics* 1985; 67(2):235-242.
22. Brown, A.B.. Federal cigarette taxes and smoking restriction: Impacts and policy implications. *American Journal of Agricultural Economics* 1995; 77(4):946-951.
23. PAHO/WHO. Pan American Health Organization, Tobacco or Health: Status in the Americas. Scientific Publication number 536, Washington DC. 1992
24. United States Department of Agriculture. Tobacco situation and outlook report. Washington, D.C.: US. Dept of Agriculture, Economic Research Service, 1996, TBS-236.
25. Sumner DA, & Alston JM Removal of price supports and supply controls for U.S. tobacco: An economic analysis of the impact. Washington, DC: National Planning Association. 1985.
26. Rezitis AN, Brown AB & Foster WE. Adjustment costs and dynamic factor demand for U.S. cigarette manufacturing. *Agricultural Economics* 1998; 18:217-231.
27. Beghin JC & Chang RE 1992. Differential products and supply controls in the analysis of agricultural policy reform: The case of tobacco. *Agricultural Economics* 7:301-315.
28. Sumner DA, & Alston JM Removal of price supports and supply controls for U.S. tobacco: An economic analysis of the impact. Washington, DC: National Planning Association. 1985.
29. Rezitis, A.N., A. B. Brown and W.E. Foster,. "Dynamic Factor Demands for US Cigarette Manufacturing Under Rational Expectations." *Applied Economics* 33 (2001): 1301-1311.
30. Sesma-Vázquez S, Campuzano-Rincón JC, Carreón-Rodríguez VG, Knaul F, López-Antuñano FJ, Hernández-Avila M. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992-1998 *Salud Pública Mex* 2002;44 suppl 1:S82-S92.
31. Andrews, RL, & Franke GR. The determinants of cigarette consumption. *Journal of Public Policy and Marketing* 1991; 10(1):81-100.
32. National Cancer Institute. The Impact of Cigarette Excise Taxes on Smoking Among Children and Adults. Summary Report of a National Cancer Institute Expert Panel. Bethesda, MD, National Cancer Institute, 1993.
33. Yurekli, A.A. & Zhang, P.. The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: An empirical model. *Health Economics* 2000 ; 9(2):159-170.
34. Teruel Belismelis G. En: Díaz-Bautista Alejandro (Compilador). Problemas Estructurales de la Economía Mexicana Colegio de la Frontera Norte. Plaza y Valdés Editores.2004

NOTA DEL AUTOR.- Las referencias relevantes y muchas otras sobre el título de este artículo se encuentran fácilmente en tres grandes bases de datos: Arcola creada por la Librería Nacional de Agricultura del Departamento de Agricultura de los EUA, la base de datos nacional mantenida por la Oficina de Tabaco y Salud de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EUA y Ecolit (literatura económica) disponible en la biblioteca de la Universidad del Estado de Kansas. Las referencias abarcan básicamente el período entre 1985 y 2000

**TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR: EL MODELO DE CENTROS DE
INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
(THERAPY FOR QUITTING TOBACCO-SMOKING: THE MODEL AT YOUTH
INTEGRATION CENTERS)**

Víctor Guisa-Cruz,MD, Pq; Dr. Lino Díaz Barriga-Salgado, MD;Pq; Monserrat
Lovaco-Sánchez Ps.-. Pedro Camacho-Ramírez T.S.

RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad, dar a conocer el modelo de atención al tabaquismo de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Se exponen los principales resultados obtenidos en el año 2004 del tratamiento para dejar de fumar que proporcionan las diferentes unidades operativas; con base a la información estadística

Se concluye que el tratamiento resultó ser de igual efectividad en pacientes monousuarios y poliusuarios. Las mujeres presentaron una mayor tendencia a las recaídas en comparación a los hombres, sin embargo, recuperan la abstinencia con mayor facilidad. Los pacientes poliusuarios acuden a tratamiento a más temprana edad que los monousuarios; lo que pudiera deberse a que la solicitud de ayuda inicial de los poliusuarios se centra más en las drogas ilícitas que en el tabaco. Con base en los resultados obtenidos se hace énfasis en la combinación de la terapia cognitiva conductual y el uso de fármacos para incrementar la posibilidad de éxito.

Palabras clave: Tabaquismo, Etapas de cambio, Monousuarios, Poliusuarios,
Terapia de reemplazo.

RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad, dar a conocer el modelo de atención al tabaquismo de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Se exponen los principales resultados obtenidos en el año 2004 del tratamiento para dejar de fumar que proporcionan las diferentes unidades operativas; con base a la información estadística

Se concluye que el tratamiento resultó ser de igual efectividad en pacientes monousuarios y poliusuarios. Las mujeres presentaron una mayor tendencia a las recaídas en comparación a los hombres, sin embargo, recuperan la abstinencia con mayor facilidad. Los pacientes poliusuarios acuden a tratamiento a más temprana edad que los monousuarios; lo que pudiera deberse a que la solicitud de ayuda inicial de los poliusuarios se centra más en las drogas ilícitas que en el tabaco. Con base en los resultados obtenidos se hace énfasis en la combinación de la terapia cognitiva conductual y el uso de fármacos para incrementar la posibilidad de éxito.

Palabras clave: Tabaquismo, Etapas de cambio, Monousuarios, Poliusuarios, Terapia de reemplazo.

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe smoking cessation therapies available in Centros de Integración Juvenil, A.C.

Showing the most important statistics results of smoking cessation during the year of 2004.

Conclutions:

No difference was noticed between monousers and poliusers patients. Women Showed more frequent relapses than men, but they become abstinent easier. Poliusers ask for help at younger age than monousers. This could be related to their desire to quit the use of other drugs than tobacco. Emphasis made on the need to combine behavioral cognitive therapy with pharmaco therapy, to increase the likelihood of succesful smoking cessation.

Key words: smoking, changes stages, monousers, poliusers, replacement therapy.

INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias es un fenómeno mundial, el cual ha mostrado en los últimos 30 años un desarrollo dinámico y vertiginoso, con graves consecuencias para el individuo, la familia y la sociedad.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ) ha estructurado un *modelo de atención profesional integral e interdisciplinario*. Los equipos terapéuticos están conformados por médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos y trabajadores sociales. Cuenta con el apoyo de pasantes en servicio social de diferentes campos, y con una amplia red de servicios que apoyan en acciones de prevención, desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de abuso y dependencia a sustancias.

En la actualidad se dispone de una infraestructura de servicios compuesta por 91 centros que proporcionan prevención, tratamiento y rehabilitación; 3 unidades de hospitalización y 1 clínica de metadona, ofrecen un sistema integrado de estrategias que permiten atender a cerca de 23 mil pacientes al año.

Los esquemas de tratamiento se ajustan a las necesidades de cada caso. Se aplican en 2 modalidades:

1. Consulta Externa
2. Tratamiento Residencial

El Programa de Tratamiento de Centros de Integración Juvenil, tiene como objetivos principales:

- Reducir o suprimir el uso de sustancias adictivas.
- Acortar el curso y evolución del proceso adictivo.
- Identificar y tratar los padecimientos y disfunciones asociadas.
- Diagnosticar y tratar los patrones de relación familiar que están asociados a la génesis y mantenimiento de la conducta adictiva.

Los esquemas de tratamiento se estructuran en un conjunto de servicios que se proporcionan en diferentes fases, las cuales tienen una continuidad: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Cada una de ellas, tienen objetivos específicos y diferenciados; al paciente le permite observar y evaluar los avances de su recuperación.

Las actividades terapéuticas que se proporcionan en la fase de tratamiento y rehabilitación son

- ❖ Terapia individual
- ❖ Terapia grupal
- ❖ Terapia familiar
- ❖ Farmacoterapia
- ❖ Sesiones de orientación para los familiares
- ❖ Actividades de rehabilitación y reinserción social

La multitud de factores que intervienen en el origen del consumo de sustancias en cada persona, así como los efectos que la droga les haya causado, *hacen necesario diversificar las intervenciones terapéuticas*. Por ello, Centros de Integración Juvenil decidió diseñar tratamientos para atender a poblaciones específicas como adolescentes en alto riesgo, mujeres con antecedentes de violencia intrafamiliar, personas con problemas en su forma de beber; y también ha desarrollado esquemas de tratamiento específicos por sustancias, como por ejemplo: alcohol, heroína y tabaco.

Para el tratamiento específico de tabaco, CIJ decide sumarse a los esfuerzos del sector salud para colaborar en la prevención y tratamiento; debido entre otras razones a que, existe un mayor riesgo de que los adolescentes que fuman tabaco lleguen a experimentar con otras drogas. Los resultados de estudios epidemiológicos de pacientes que asisten a solicitar tratamiento en CIJ¹ en 2003, indica que el 41% reportan al tabaco como droga de inicio.

Otra de las razones principales, es porque los resultados de estudios e investigaciones en el ámbito nacional e internacional han mostrado que el tabaquismo se ha convertido en una de las principales causas de enfermedad y mortalidad.

La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que la adicción al tabaco es causa directa e indirecta de cerca de 8242 muertes diarias y cuatro millones anuales a nivel mundial. Si la tendencia es constante, para el año 2020 podrá haber más de 10 millones de muertes.²

En México, el tabaquismo es responsable de más de 44000 muertes al año³; lo que equivale aproximadamente a 122 muertes diarias a causa de enfermedades relacionadas con su consumo: 90% a cáncer pulmonar, 84% a enfisema y bronquitis crónica, 51% a enfermedades cerebrovasculares⁴. Por lo cual, el tabaquismo se constituye en uno de los diez problemas de Salud Pública más prioritarios en México.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002⁵ (ENA), señalan que aproximadamente 14 millones de personas de población urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadores; en 1988 eran 9.2 millones. La prevalencia en población masculina en el 2002 es de 39.1%, en 1988 era del 38.3%; en el caso de las mujeres es de 16.1% y en 1988, del 14.4%.

El 47.6% de los jóvenes iniciaron el consumo de tabaco entre los 15 y 17 años. Uno de cada diez varones inició el consumo de tabaco antes de los 11 años. Así mismo, señala que en 2002, de los jóvenes que fuman diario el 86.5% consumen de 1 a 5 cigarrillos. En el año de 1998 era de 57.2%, en 1993 fue del 48.9% ; y en 1988 fue del 48.8%. Con relación a la distribución del fumador por edad actual, el 40.8% se ubica entre 18 y 29 años, 25.1% en el grupo de 30 a 39 años y disminuyen las proporciones a mayor edad.

Las anteriores cifras, aunadas a varias investigaciones realizadas en otros países, indican un ascenso en las tasas de consumo de tabaco principalmente en la población adolescente y de mujeres, de igual manera se señala la disminución en la edad de inicio en la conducta tabáquica.

Existen múltiples factores para explicar el incremento de tal tendencia; de acuerdo con varios especialistas en la materia, los factores más sobresalientes son: a) las compañías tabacaleras han incrementado excesivamente sus campañas publicitarias de manera específica hacia la población de jóvenes y mujeres⁶ ; la meta de dicha publicidad está dirigida a estimular a los ya fumadores para que prosigan con su consumo, así como a alentar a otros jóvenes y mujeres a iniciarse en el; b) el tabaco, comparado con otras drogas como la heroína o la cocaína se caracteriza también por tener un alto potencial adictivo⁷.

Son varios los factores que intervienen en esta problemática del consumo de tabaco, solo que el interés del presente tabaco presente escrito, nuestro interés es compartir la experiencia que CIJ ha generado durante los últimos tres años en las clínicas de tabaco, con pacientes monousuarios y poliusuarios.

TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

El fenómeno del tabaquismo es complejo y muy difícil de enfrentar; la población en general no lo reconoce como un problema o una adicción que requiera de atención; solo cuando el fumador muestra alguno de los padecimientos asociados a su consumo se plantea la posibilidad de que sí le esté provocando un daño. Por las características de la sustancia y de la serie de conductas que se refuerzan su consumo el paciente muestra serias dificultades para lograr dejar de fumar.

La mayoría de los fumadores si realiza esfuerzos por abandonar el consumo de tabaco. Sansores y colaboradores señalan que "En México, en 1999 y 2000 se hicieron aproximadamente 50 000 intentos al día para dejar de fumar"⁸

Una dificultad más en este esfuerzo de abandonar el consumo es que el paciente no conoce la existencia de clínicas que proporcionan un tratamiento específico o bien no se cuenta con las suficientes clínicas para dar respuesta.

Para combatir el consumo del tabaco es necesario, informar a la población de los tratamientos ya existentes y la creación de más clínicas.

EL MODELO DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

En agosto de 2001 dio inicio el tratamiento para dejar de fumar en tres unidades, el *objetivo general* es:

"Proporcionar tratamiento a las personas consumidoras de tabaco para que logren la supresión de su consumo".

Los *objetivos específicos* son:

- a. Motivar a las personas que fuman a avanzar en el proceso de cambio para dejar de fumar y mantener la abstinencia.
- b. Identificar y analizar los motivos por los que la conducta adictiva se ha mantenido.
- c. Desarrollar habilidades cognitivas conductuales para dejar de fumar.
- d. Identificar los factores de riesgo que propician las recaídas en el consumo de tabaco.
- e. Identificar la comorbilidad y las complicaciones secundarias al consumo de tabaco.

Actualmente la atención se ofrece en 63 unidades operativas de la red de servicios de CIJ, ubicadas en prácticamente todos los estados de la República Mexicana.

MODELO TERAPÉUTICO

Con base en la experiencia internacional de programas exitosos en este campo, se ha definido como modelo de abordaje la Terapia Cognitivo Conductual y como modelo explicativo del proceso de cambio el propuesto por Prochaska y DiClemente⁹ "Modelo en espiral de los estadios de cambio"; permite identificar la etapa de motivación para el cambio en que se encuentra cada paciente y determinar el tipo de intervención que se requiere en cada caso: Básica (consejo médico) o Intervención Avanzada (Programa cognitivo Conductual).

PROCESO DE ATENCIÓN

El proceso de atención está dividido en tres grandes fases: 1) Fase diagnóstica, 2) Fase de tratamiento y rehabilitación, y 3) Fase de Seguimiento.

1) Fase diagnóstica.

El paciente es *valorado inicialmente* a través del servicio denominado "Entrevista Inicial" y se le aplica el cuestionario "Antecedentes y Etapas de Cambio", en el que se establece el patrón de

consumo del tabaco y se determina la etapa de cambio en que se encuentra el paciente; a partir de ello se determina el tipo de intervención específica para cada caso.

Si el paciente se encuentra en la fase de Precontemplación o Contemplación, de acuerdo a las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, se le realiza la "Intervención Básica o Breve", la cual consiste en desarrollar acciones específicas de consejería para promover en el individuo una percepción diferente del consumo de tabaco, motivarlo en el cambio de la conducta adictiva, que se traduzca en la decisión de participar en un tratamiento que le permita abandonar el consumo de tabaco. Cuando se logra motivarlo a iniciar el cambio se le deriva a la "Intervención Avanzada", es decir, en el programa cognitivo conductual.

Si el paciente se encuentra en la fase de Preparación o Acción, en acuerdo a las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente, se le proporciona directamente la "Intervención Avanzada", ya que la persona se encuentra motivada y dispuesta a dejar de fumar. Simultáneamente a la intervención breve se continúa con la valoración socioeconómica para conocer las influencias e interacciones entre el consumo de tabaco, el ámbito familiar, escolar y laboral. Se identifican los apoyos que puede recibir de su red social, los recursos con lo que cuenta y se establece la cuota de recuperación.

Posteriormente se realiza la *valoración médica*, en la cual se aplica el Cuestionario de Fagerström¹⁰. Estas preguntas permiten determinar el grado de dependencia que el paciente ha desarrollado a la nicotina. El médico valora el empleo de alguna terapia de supresión o sustitución y con base en la historia y evaluación médica, se indican los estudios de laboratorio y gabinete, que son: electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, papanucolau de expectoración y espirometría, de acuerdo a las necesidades de cada caso. Estos estudios no se realizan en CIJ, porque no cuenta con laboratorios para ello. Cabe señalar que a todos los pacientes se les indica radiografía de tórax

También se les practica una *valoración psicológica* que permita establecer -conjuntamente con la información recabada en las valoraciones anteriores- un diagnóstico nosológico, psicológico y diferencial, para indicar las estrategias terapéuticas más adecuadas para cada paciente.

Al término del diagnóstico y previo al inicio del programa cognitivo conductual, los pacientes asisten a una sesión individual en la que se hace una devolución de la valoración diagnóstica. Nuevamente se les da el encuadre de tratamiento: objetivos, técnicas, hora, lugar, reglas, participación, etc.. En esta sesión se hace énfasis en el objetivo final: supresión del consumo de tabaco. Se abordan los posibles temores sobre su incorporación a un tratamiento en grupo o la posible utilización de terapia de reemplazo o supresión. Al finalizar, se le proporciona un contrato terapéutico. Si el paciente está interesado en llevar a cabo el tratamiento, este contrato se firma tanto por el paciente como por el profesional encargado del mismo.

2) Fase de tratamiento y rehabilitación.

Se inicia el programa, de corte multimodal, que incluye terapia cognitivo conductual. De manera selectiva se recurre a: terapia de sustitución de nicotina y de supresión, así como intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares.

El programa cognitivo conductual o "Intervención Avanzada" consta de diez sesiones en grupo con una duración de 90 minutos, 2 veces por semana. Cada sesión, dependiendo de la temática, es coordinada por un médico o psicólogo quienes propician la participación de los integrantes del grupo.

La integración de los grupos, se realiza con base a ciertas características que son:

Grupos de consumidores de tabaco, que no consumen otras sustancias (monousuarios).

Grupo de consumidores de tabaco y otras drogas (poliusuarios).

Los grupos se forman por rangos de edad y por sexo.

A los pacientes que, de acuerdo a la puntuación obtenida en el Cuestionario de Fagerström, que cursen con una dependencia alta y que el médico valore que requieran de tratamiento farmacológico se les indica la terapia de sustitución o reemplazo de nicotina, o la terapia de supresión.

Terapia de sustitución o reemplazo:

a. La goma de prolacrilix o chicle de nicotina.

En acuerdo a información de Sansores y colaboradores¹¹, dado que las tabletas de prolacrilix liberan solamente 50% de su contenido en la boca (10 tabletas de 2mg. proporcionan 10 mg de nicotina, cantidad insuficiente para un fumador de 20 cigarrillos diarios) se recomienda que el paciente consuma tantas tabletas como sea su necesidad de fumar sin exceder 30 piezas de 2mg.

b. Parches de nicotina o parches transdérmicos.

Es un círculo autoadhesivo que contiene nicotina, la cual tarda hasta tres horas para ser absorbido por la piel y pasar al torrente sanguíneo¹² Este método permite alcanzar un nivel casi constante de nicotina en el organismo. Es importante que el médico valore el número de horas en que debe traerlo el paciente, no debe ser mayor a 12 hrs. Sansores y colaboradores¹³, señalan como tiempo óptimo de uso ocho semanas.

El uso de la goma de prolacrilix (chicle de nicotina) como los parches de nicotina, se inicia el mismo día en que se deja de fumar. Su uso se mantiene diariamente, reduciendo periódicamente la dosis, sin superar los tres meses de tratamiento.

En aquellos pacientes que presenten dependencia alta, con base al cuestionario Fagerström, se recomienda el uso del bupropión¹⁴ o anfebutamona, es un fármaco relacionado con la familia de las feniletaminas, que es antidepresivo y produce una inhibición de la absorción neuronal de norepinefrina, serotonina y dopamina, aumentando su concentración en la sinapsis neuronal. Esta depleción de mediadores parece ser la causa del síndrome de abstinencia de la nicotina. Con lo cual su actividad es reemplazar esta falta y hacer desaparecer o disminuir los síntomas de la abstinencia.

Se recomienda que el tratamiento se inicie cuando el paciente aún fuma y se establezca una fecha límite para dejar el cigarrillo. La dosis inicial es de 150 mg para ser tomada diariamente durante tres días, incrementándose a 300 mg dos veces al día, con un intervalo de por lo menos ocho horas entre dosis sucesivas y no exceder de 300 mg diarios. El tratamiento debe ser de por lo menos siete semanas. Cada paciente debe ser valorado por el médico, y diseñar su esquema de tratamiento.

3) Fase de seguimiento.

Concluido el programa cognitivo conductual, los pacientes continúan asistiendo mensualmente a las sesiones de seguimiento, cuyo objetivo es reforzar el mantenimiento de la abstinencia y, en caso de ser necesario, elaborar recomendaciones para recuperarla. También se realizan diferentes eventos comunitarios de salud y reuniones anuales donde los pacientes participan activamente. En caso de que no puedan asistir a las sesiones de seguimiento, personal de Trabajo Social realiza un seguimiento vía telefónica, con la finalidad de reforzar la abstinencia, en caso de recaída se dan indicaciones que permitan que el paciente nuevamente se habilite para alcanzar la abstinencia. Se valora la reincorporación al grupo terapéutico.

RESULTADOS.

En Agosto de 2001, en 3 clínicas de la Ciudad de México, dio inicio el tratamiento para dejar de fumar en Centros de Integración Juvenil, A.C., -a la fecha cuenta con 63 a lo largo del territorio nacional-, ubicados en el área metropolitana de la Ciudad de México.

Uno de los aspectos relevantes sobre el tratamiento que proporciona CIJ en materia de tabaco está en la inclusión de pacientes consumidores de drogas como cocaína, crack, marihuana, inhalables, metanfetaminas, alcohol, entre otras. Se considera que el consumo de tabaco está íntimamente ligado al proceso adictivo del paciente. Los pacientes poliusuarios acuden a CIJ solicitando el tratamiento para el consumo de drogas ilegales, sin concebir al tabaco como una sustancia adictiva. Al ingresar se le realiza un diagnóstico integral, a través de varios servicios, en cada uno de ellos el paciente recibe el consejo médico, -estructurado en 4 sesiones-, en la primera, se trabaja sobre los motivos de inicio y mantenimiento; en la segunda sesión, sobre los daños a la salud; en la tercera sesión, sobre los beneficios al dejar de fumar; y la cuarta sesión, es fundamental para tomar la decisión de ingresar al tratamiento específico. Se valora el momento en que el paciente será integrado a los grupos terapéuticos, uno de los criterios por los que no se les deriva de inmediato es por presentar síndrome de abstinencia, o un trastorno psiquiátrico en fase aguda.

El tratamiento se proporciona directamente en las unidades operativas de CIJ, o en clínicas, hospitales, empresas, fábricas.

De Agosto de 2001 a diciembre de 2004 se han atendido a 2944 pacientes. El 84% (2458 casos) corresponde a población monousuaria, y el 16% (486 casos) a poliusuarios. El 54% (1590 casos) corresponde a hombres, y el 46% (1354 casos) a mujeres. Durante 2004, se proporcionó tratamiento a 1355 pacientes, de los cuales el 86% (1168 casos) corresponde a monousuarios, y el 14% (187%) a poliusuarios. De los monousuarios el 52% (606 casos) corresponde a hombres y el 48% (562 casos) a mujeres. En poliusuarios el 65% (122 casos) corresponde a hombres y el 35% (65 casos) corresponde a mujeres.

El promedio de edad de los monousuarios al iniciar el tratamiento es de 44 años para las mujeres y 41 años para los hombres; el promedio de edad al iniciar el consumo de tabaco es para las mujeres de 18 años, y para los hombres de 16 años. El promedio de años de consumo de tabaco al momento de solicitar tratamiento es de 26 años para las mujeres y 25 años para los hombres.

El promedio de edad de los poliusuarios al iniciar el tratamiento es de 39 años para las mujeres y 33 años para los hombres; el promedio de edad al iniciar el consumo de tabaco es de 15 años para hombres y mujeres. El promedio de años de consumo de tabaco al momento de solicitar tratamiento es de 23 años para las mujeres y 18 años para los hombres.

En lo que concierne a la etapa de cambio con base a Prochaska y D'Clemente, se encontró que para los monousuarios el 7% (41 casos) se encontraba en etapa de precontemplación; 21% (125 casos) en etapa de contemplación; el 41% (419 casos) en etapa de preparación; y el 34% (340 casos) en etapa de acción. En los poliusuarios el 4% (7 casos) se encontraba en etapa de

precontemplación; 33 % (53 casos) en etapa de contemplación; el 28% (44 casos) en etapa de preparación; y el 35% (155 casos) en etapa de acción (Gráfica 1)

Para el nivel de dependencia con base al cuestionario de Fagerstrom, se encontró que en los monousarios el 34% (266 casos) corresponde a dependencia baja; el 56% (447 casos) a dependencia media media; y el 10% (80 casos) a dependencia alta. Para los poliusuarios el 29% (39 casos) corresponde a dependencia baja; el 61% (82 casos) a dependencia media; y el 10% (14 casos) a dependencia alta (Gráfica 2)

El 34% de los pacientes (462 casos) requirieron de terapia de sustitución o terapia de supresión. Considerando el tipo de usuario, se encontró que para los monousarios fue el 82% (380 casos); y para los poliusuarios el 18% (82 casos).

Del total de pacientes que requirieron de terapia de reemplazo o supresión se encontró que el 21% (123 casos) emplearon tabletas de prolacrillex (chicle de nicotina); el 36% (206 casos) parche transdèrmico; el 3% (17 casos) inhalador; el 9% (49 casos) anfebutamona; el 7% (41 casos) antidepressivo –distinto a la anfebutamona-; 1% (6 casos) ansiolítico; 9% (52 casos) antocomiciales; 3 % (18 casos) algún antipsicótico; y el 11% (62 casos) otros medicamentos (Gráfica 3).

Considerando el empleo de alguna terapia de reemplazo o supresión, por sexo y tipo de usuario, se encontró que para las el 53% de las monousarias (200 casos) y el 45% de las poliusuarias (37 casos) requirieron de terapia farmacológica. Y para los hombres, el 47% de los monousarios (180 casos), y el 53% de los poliusuarios (45 casos) requirieron de terapia farmacológica (Gráfica 4).

Efectividad del tratamiento.

A diciembre de 2004, 424 casos habían completado el programa de tratamiento; de ellos, 378 casos dejaron de fumar, lo que representa un porcentaje de efectividad del 89%.

Considerando el tipo de consumidor se encontró que el 89% de los monousarios (345 casos) dejaron de fumar; y de los poliusuarios el 92% (36 casos) (Gráfica 5). Una vez completado el programa de tratamiento, los pacientes asisten mensualmente a seguimiento, en reuniones de ex fumadores. Los resultados refieren que el 31% de los monousuarios asisten a seguimiento (16% hombres y mujeres; y el 12% de los poliusuarios (3 % hombres y 9% mujeres).

Con respecto a las recaídas se encontró que el 7% de los monousarios reportó una recaída; y el 9 % de los poliusuarios.

Considerando únicamente a los pacientes que asisten a las reuniones de exfumadores se encontró que para las mujeres monousuarias el 64% reportó recaída (16 casos) , y el 67% de las poliusuarias (2 casos); para los hombres monousuarios el 36% reportó recaída (9 casos) , y 1 caso de poliusuarios (12 casos) (Gráfica 6)

Los hombres tardaron más de 30 días en recuperar la abstinencia, en tanto que las mujeres lo hicieron en menor tiempo.

CONCLUSIONES.

Una vez revisado el panorama epidemiológico del problema de tabaquismo en donde se evidencia un marcado incremento en la población en general, especialmente de mujeres y adolescentes, se considera relevante proporcionar información sobre éste tema y sus consecuencias; así como dar a conocer los lugares donde se otorga el tratamiento. De igual manera se hace patente la necesidad de abrir más espacios que brinde la posibilidad de dejar de fumar a quien lo desee. Con los resultados obtenidos de esta experiencia, se confirma que la utilización de métodos de contacto directo con los pacientes fumadores y la combinación de terapias cognitivo – conductuales con terapias de reemplazo y supresión a la nicotina, son alternativas terapéuticas efectivas en el tratamiento para dejar de fumar.

Con relación a los resultados obtenidos podemos observar que si bien es mayor el número de pacientes monousuarios atendidos, que la población de poliusuarios, se detecta que el tratamiento para uno y otro grupo resulta igualmente eficaz.

Con relación a la edad el paciente poliusuario solicita ayuda a más temprana edad que el monousuario, muy probablemente debido a que el tabaco, además de ser una droga permitida, sus efectos se presentan a más largo plazo y su deterioro es menos observable.

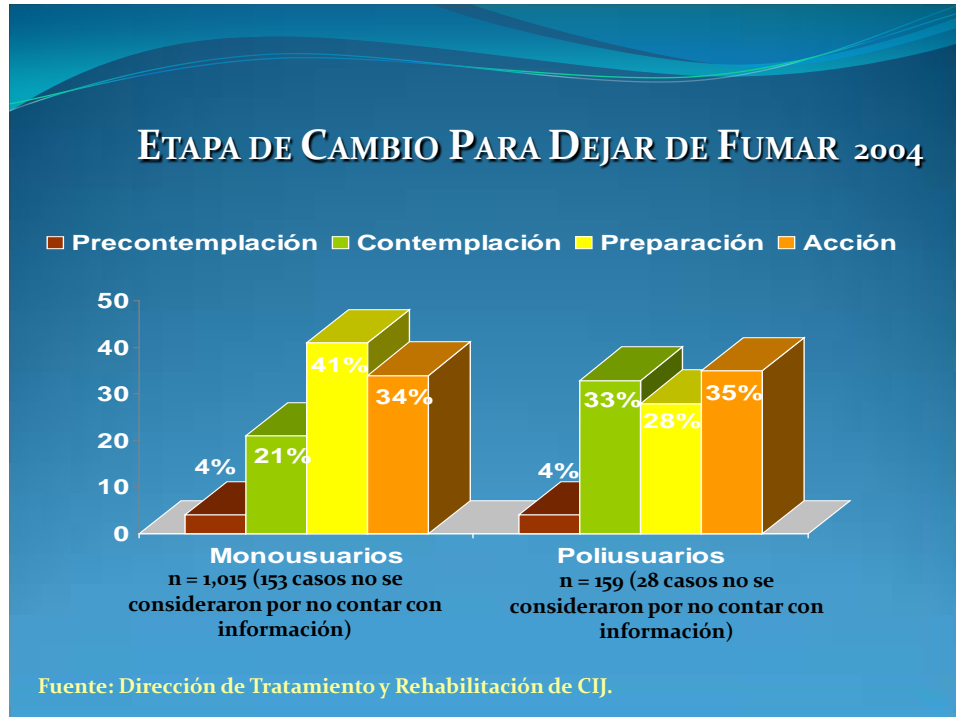
En lo que se refiere a la conclusión del tratamiento no se hallaron diferencias significativas entre uno y otro grupo. En este aspecto se ha cuidado el proporcionar una atención integral a las demandas más urgentes del paciente (drogas ilegales), sin dejar de atender el consumo de tabaco, donde se trata de fortalecer sobre todo los aspectos motivacionales, vía la intervención breve y avanzada para que también se decidan a dejar de fumar.

Así mismo se ratifica la utilidad de la aplicación del modelo de las etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente en la medida en que permite hacer una selección de los pacientes para determinar el tipo de intervención que requiere de acuerdo al nivel de motivación que el paciente tiene con relación al abandono de consumo al tabaco (Intervención Breve o Intervención Avanzada).

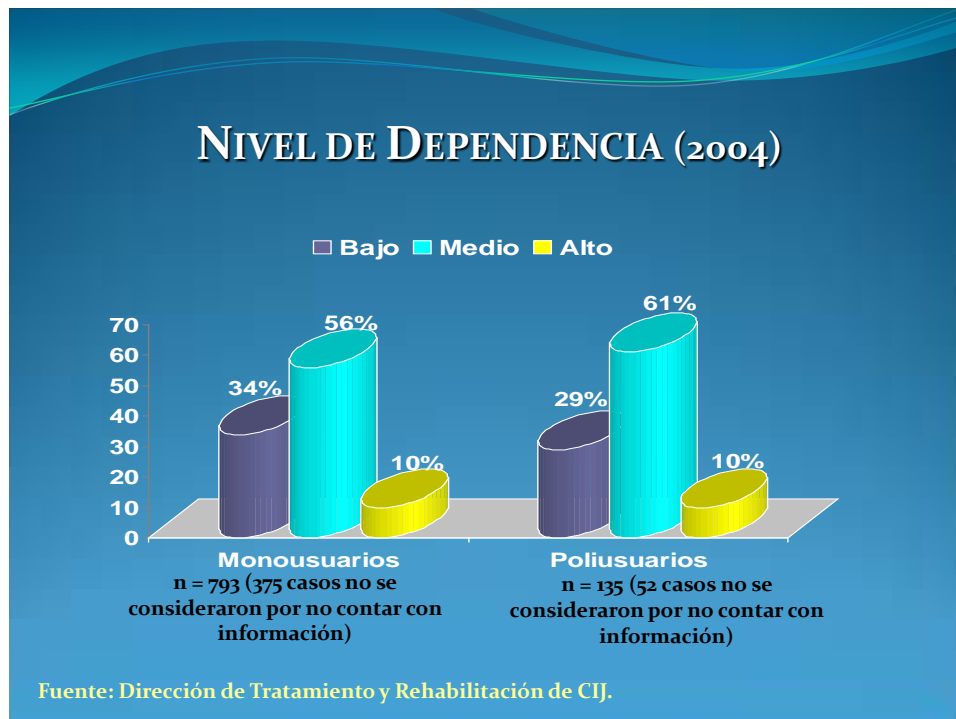
En este sentido los pacientes que se encuentran principalmente en las etapas de precontemplación o contemplación se les brinda la consejería necesaria para incrementar la motivación, a iniciar un

cambio en su conducta tabáquica e ingresar al tratamiento para dejar de fumar (Intervención avanzada).

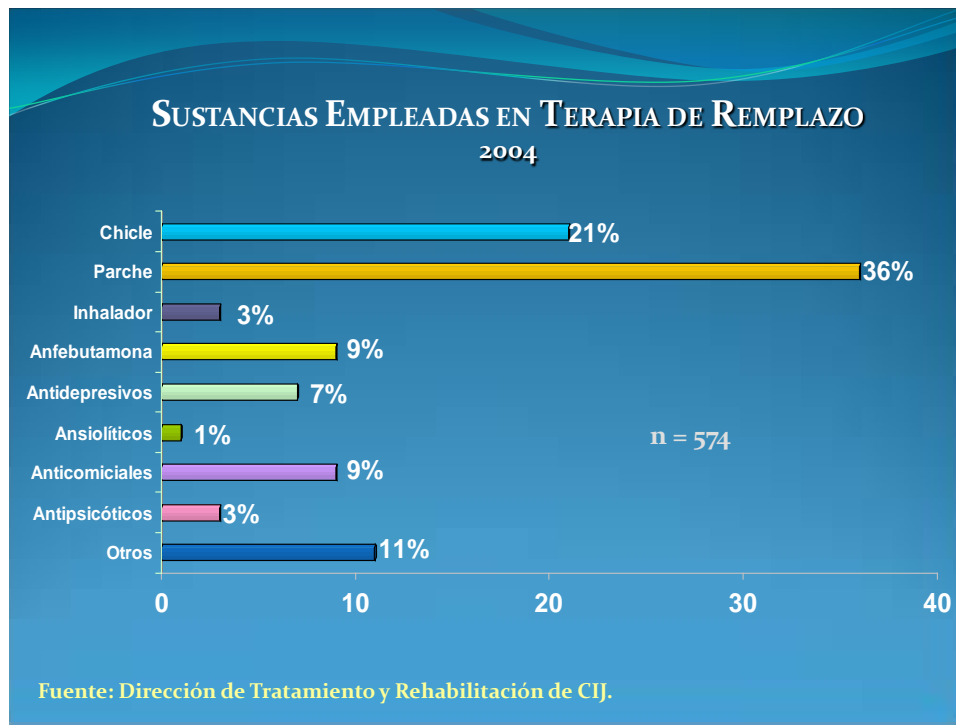
GRAFICOS.



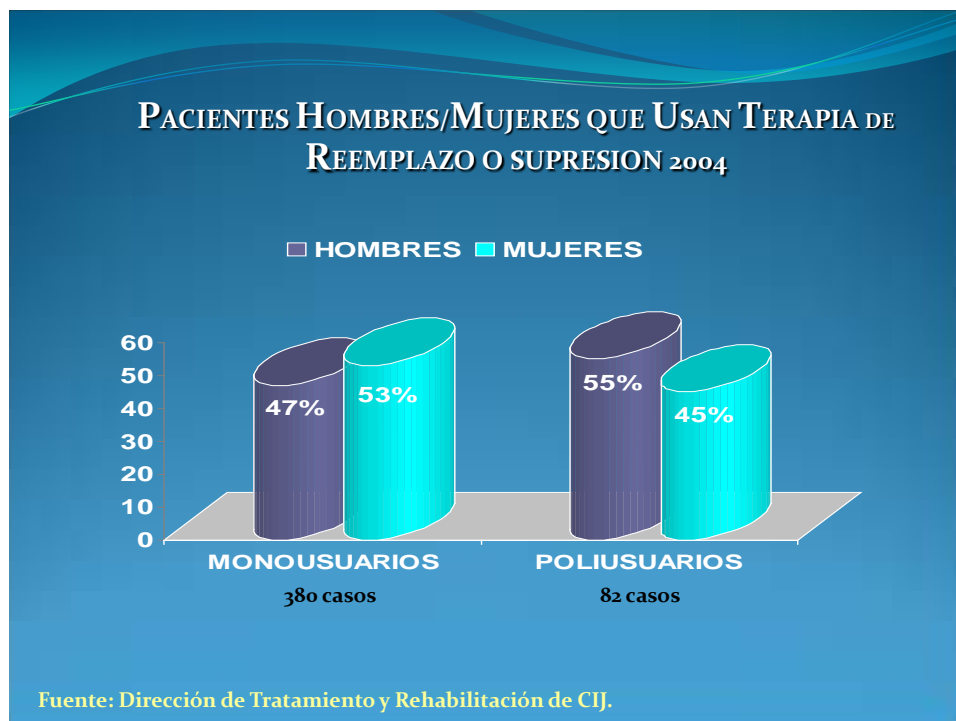
Gráfica 1



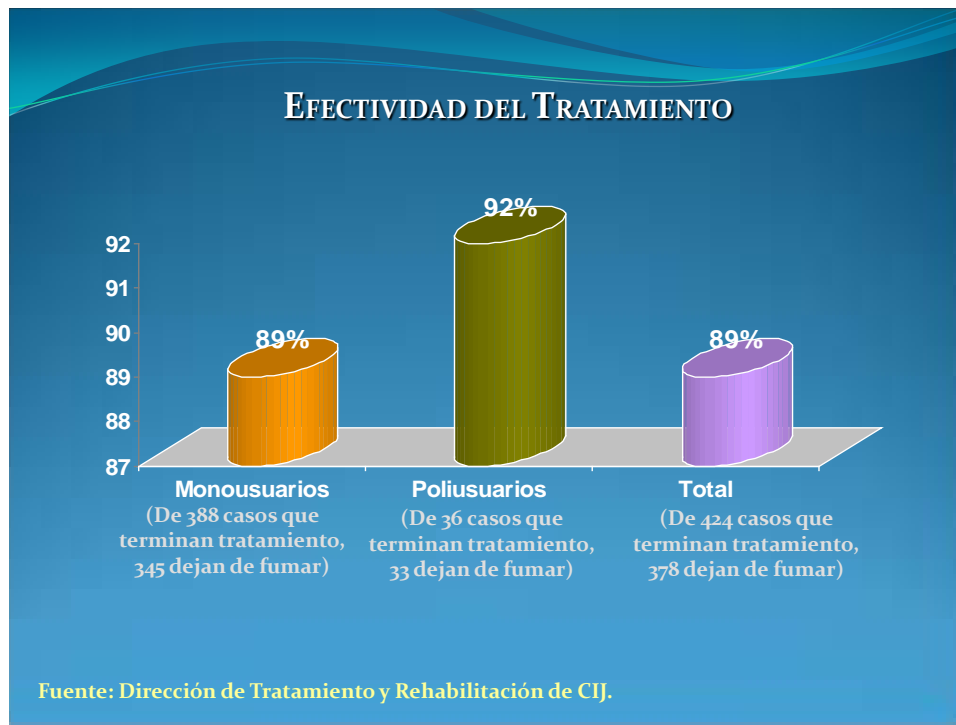
Gráfica 2



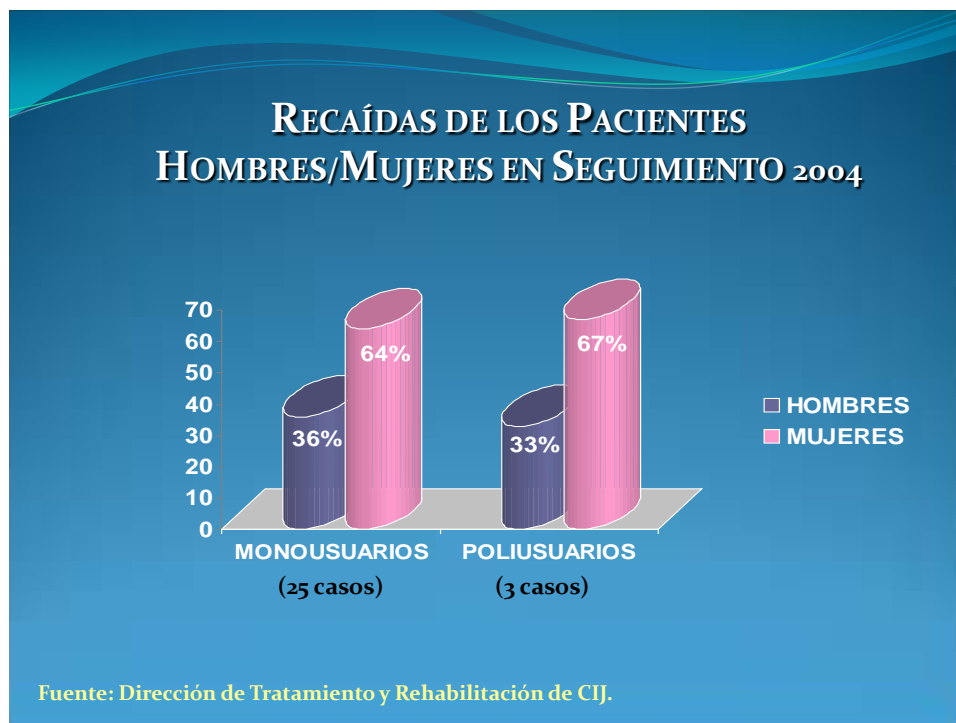
Gráfica 3



Gráfica 4



Gráfica 5



Gráfica 6

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gutiérrez López, A. D., Castillo Franco, P. I. (2004). *Estadísticas del consumo de drogas en pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil según sexo, entidad federativa y unidad de atención, 2003*. Archivo electrónico. Centros de Integración Juvenil, A.C. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 04-04c, México.
2. Programa De Acción: Adicciones. Tabaquismo. SSA. México.2001.
3. Peña-Corana Gutiérrez Marco Polo, Kuri Morales Pablo, Tapia Conyer Roberto. Comp. El consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones. *Introducción*. SSA, México 2002.
4. Tapia Conyer, R. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva. 2ª. Edición. Manual Moderno, México, 2001.

5. CONADIC, Encuesta Nacional de Adicciones 2002, SSA, México 2002.
6. Tapia Conyer, R. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva. 2ª. Edición. Manual Moderno, México, 2001.
7. Sánchez Touret, M. 1998. El tabaquismo como drogodependencia: farmacología de la nicotina [En Línea] Sociodrogalcohol. Vol.10. Núm.3. Página web de la versión electrónica de la revista <http://www.sociodrogalcohol.psiquiatria.com/adicciones/vol_10/revista.3htm#1/[Consulta 15 de marzo,2002].
8. Sansores Raul y col. Tratamiento para dejar de fumar, disponibles en México. Salud Pública de México/vol.44, suplemento 1 de 2002: 116-124.
9. Lizarraga, S. y Ayarra, M. *Entrevista motivacional*. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>, Consultado el 3 de septiembre de 2003.
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención, tratamiento y control de las adicciones, México, 2000.
11. Sansores Raul y col. Tratamiento para dejar de fumar, disponibles en México. Salud Pública de México/vol.44, suplemento 1 de 2002: 116-124.
- 12 Y 13. El parche de nicotina. http://quitplan.quitnet.com/library/guides/nrt/spanish/NRT_Patch_Use.jtml

PÁGINAS WEB SOBRE TABAQUISMO

INFORME PRELIMINAR

(Web sites on tobacco)

Dr Octavio Campollo Rivas, Jair Abdiel Toro Guerrero
Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones. Antiguo Hospital Civil de
Guadalajara FAA. CUCS. Universidad de Guadalajara

* Calle Hospital 320, 3° Piso Antigua Escuela de Medicina. Guadalajara, Jal.
México CP 44280
ocampoll@cucs.udg.mx

El uso de la internet como medio para obtener información y muchas otras cosas es cada día mayor. La utilidad de este tipo de herramienta y la práctica de utilizarla ha sido discutida previamente para el área de las adicciones (1, 2).

Con el objeto de encontrar, identificar y clasificar sitios web sobre tabaquismo se realizó la investigación por medio de buscadores como Google y Yahoo escribiendo palabras clave relacionadas con el tabaco, tabaquismo, cigarros, cigarrillos. Otro criterio seleccionador fue que las páginas (sitios web) estuvieran en el idioma español o inglés (hubo algunas en otros idiomas). En una primer aproximación encontramos 62 sitios web. No obstante, al revisar las ligas (vínculos) que dichas páginas web tienen a otros sitios web encontramos que puede haber cientos de sitios web que tienen algún tipo de información relacionada con el tabaco o tabaquismo, aunque no quiere decir esto que sean sitios web especializados, exclusivos o dedicados en su totalidad al tabaquismo. Sin que este trabajo se considere concluido y en base al público y lectores que consultan esta revista, pensamos que esta lista de direcciones puede ser de alguna utilidad a los estudiantes, educadores, maestros, académicos e investigadores que busquen alguna información o material sobre el tema a través de la internet.

Se presentan las direcciones de las páginas web agrupadas con base a quien están dirigidas v.gr. público en general, jóvenes, profesionistas, etc., y se anota las principales secciones que tienen.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Chávez R., Campollo O. Páginas web en alcoholismo y adicciones. Anuario de investigación en adicciones 2001; 2: 63-65
- 2.- Campollo O. Editorial. Anuario de investigación en Adicciones 2002, 3: 3

(HUGO: Pie de página primera página)

Nota aclaratoria.- En este trabajo breve presentamos una pequeña selección de sitios (direcciones) web sobre Tabaquismo y un informe preliminar sobre su contenido. No obstante el contenido y la información no esta avalada por nosotros sino por los propios autores de las páginas web y aquí solo mostramos un resumen de un primer análisis de contenido. Se invita al lector a que realice un análisis crítico de la información encontrada en los sitios web antes de aplicarla o ponerla en práctica

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

El *Anuario de Investigación en Adicciones* órgano oficial del Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones del Centro Universitario de Ciencias de la salud de la Universidad de Guadalajara, México, ofrece consideración editorial a todo artículo enviado que contenga material de investigación original y que no haya sido publicado o esté bajo consideración editorial en su totalidad o en su parte esencial en ningún otro medio de publicación en papel o electrónico.

Los manuscritos en español o en inglés deben de ser enviados al Editor a la siguiente dirección: Calle Hospital #320, en el tercer piso de la Antigua Escuela de Medicina, Col. El Retiro, C.P 44280 Guadalajara Jalisco Méx., Teléfono y Fax: (33) 11 99 49 23 y (33) 10 58 74 20 o a la dirección electrónica calcohol@cucs.udg.mx.

La versión en español también se publica en Internet en

http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/index.htm y en forma de compendio en CD-ROM.

El Anuario publica los siguientes tipos de manuscritos: 1) Editoriales, 2) Artículos originales, 3) Reportes breves, 4) Artículos de revisión, 5) Resúmenes del Foro de Investigación en Adicciones, 6) Cartas al Editor, 7) Artículos especiales, 8) Vinculación, sitios de interés y, anuncios de eventos.

En todos los casos deberá de enviarse un original y dos copias del manuscrito y las figuras deberán enviarse en original por triplicado. Los manuscritos deberán estar escritos a doble renglón, con letra tamaño 12 y numerados en la parte inferior de cada hoja, incluyendo la del título. Todos los manuscritos deberán de enviarse acompañados de un diskette de 3.5 pulgadas o CD-ROM que contenga la versión original en Microsoft Word y las figuras en archivos independientes TIF o Power Point (Favor de NO incluir las tablas o figuras dentro del texto del artículo ni en el archivo del manuscrito). Todos los artículos excepto los que son solicitados por la revista deberán de ir acompañados de una carta frontal con la firma de todos los autores en la que aprueban la versión final del escrito y su envío al *Anuario de Investigación en Adicciones*. Asimismo ya que el *Anuario de Investigación en Adicciones* esta registrado en el Instituto Nacional del derecho de autor a nombre de la Universidad de Guadalajara, que es una institución educativa pública no lucrativa, se debe anotar que el(los) autores ceden sus derechos de autor a la revista. No obstante, los autores conservan el derecho no exclusivo de usar parte o la totalidad del artículo en trabajos futuros dando el crédito respectivo al *Anuario de Investigación en Adicciones*. El autor principal es responsable de incluir en la lista de autores a todos aquellos que hayan colaborado en forma sustancial a la realización del trabajo.

Artículos Originales: Son artículos destinados a informar sobre resultados de investigación original en el área de ciencias de la salud, incluyendo investigación clínica, básica, aplicada y epidemiológica

Enviar en el siguiente orden:

- 1) Título, autores, adscripción de los autores y autor correspondiente con dirección, teléfono, fax y dirección electrónica. Toda la comunicación entre los editores y los autores se hará por fax o por e- mail.
- 2) Resumen en español (incluir al final cinco palabras claves).
- 3) Resumen en inglés incluyendo el título.
- 4) Introducción.
- 5) Material y métodos.
- 6) Resultados.
- 7) Discusión.
- 8) Agradecimientos.
- 9) Referencias bibliográficas.
- 10) Tablas.
- 11) Figuras.

Nota.- se rechazarán los manuscritos que no cumplan los requisitos anteriores.

Página del Título

Incluye: a) Título en español o inglés, máximo de 15 palabras, b) nombre(s) de los autores en el orden en que se publicarán, anotan los apellidos paterno y materno, aparecerán enlazados

con un guión corto, c) créditos de cada uno de los autores, d) institución(es) donde se realizó el trabajo y e) domicilio completo, teléfono, fax y dirección electrónica del autor responsable.

Resumen

Extensión máxima de 200 palabras.

Palabras clave en español y en inglés, sin abreviaturas; mínimo tres y máximo de seis.

Referencias

Se identifican en el texto con números arábigos y en orden progresivo de acuerdo a la secuencia en que aparecen en el texto.

Se debe seguir el formato intencional para referencias: Apellido del autor, Iniciales del autor, título del artículo o capítulo de libro, revista, año, volumen, páginas.

Ejemplo: Sherlock S. Hepatopatía alcohólica. *The Lancet* (Ed. Esp)1995; 345:227- 229

El título de las revistas periódicas debe ser abreviado de acuerdo al Index Medicus (se publica anualmente en el mes de enero en el Index Medicus). Se debe contar con información completa de cada referencia, que incluye: título del artículo, título de la revista abreviado, año, volumen y páginas inicial y final. Cuando se trata de más de seis autores, deben enlistarse los seis primeros y agregar la abreviatura "et al".

Libros, anotar edición cuando no sea la primera (ejemplo):

Myerowitz PD. Herat transplantation. New York: Futura Publishing; 1987.

En caso de capítulo de libro debe mencionarse los editores, título general de la obra, lugar de publicación, editorial, año y páginas.

Ejemplo: Tavill AS. Protein metabolism and the liver. En: Wright, Alberti KGMM, Karran S, et al. *Liver and biliary disease*. London: Saunders, 1985:87-113.

Nota.- No introducir sangrías ni diferentes estilos de letras en el texto de las referencias.

Tablas y Figuras

Se solicita que las Tablas y Figuras sean enviadas **por separado** del texto del manuscrito v.gr. en un archivo(s) independiente(s). Deben ir numeradas en forma consecutiva de acuerdo al orden de aparición de las Tablas o Figuras respectivamente Ejemplo: Tabla 1, Figura 1, en orden de aparición. Deben llevar un título que no debe aparecer directamente en la Tabla o Figura y deben de acompañarse en forma independiente de un pie de figura o tabla o nota explicativa que permita entender el contenido sin tener que leer todo el texto del artículo. El formato puede ser en Microsoft Word o en Power Point.

CONTENIDO

- **TABAQUISMO: UN PROBLEMA GLOBAL (pag. 4-6)**

Tobacco: a global problem
Dr Octavio Campollo Rivas.

- **ASPECTOS NEUROFISIOLOGICOS Y PSICOLOGICOS DEL CONSUMO DEL TABACO (pag.7-10)**

Neurobiology and Psychology of tobacco consumption
González-Garrido, A.A., Gómez-Velázquez F.R.

- **PROGRAMA DE ACCION TABAQUISMO. (pag.11-24)**

Tobacco action program
José Angel Prado G, Teresa Maccheto Navarro, Raúl Martín del Campo S.

- **POLITICA ESPAÑOLA SOBRE EL TABAQUISMO (pag.25-43)**

Spanish policy on Tobacco
Haro G. Fernández-Garcés M. Pérez-GálvezB. Castellano M. Mateu C. Cervera G.

- **MODELO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCION AL TABAQUISMO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION (pag. 44-57)**

Tobacco-Smoking treatment model within different levels of the health system
Mtra. María del Carmen Eslava Sánchez. Dr. José Agustín Vélez Barajas

- **LA ECONOMIA DEL TABACO (pag.58-67)**

Economics of Tobacco
Francisco J. López Antuñano, MD, MPH.

- **TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR: EL MODELO DE CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A.C. (pag.68-79)**

Therapy for quitting tobacco-smoking: the model at Youth Integration Centers
Dr. Victor Guisa-Cruz, Dr Lino Díaz Barriga-Salgado, Monserrat Lovaco-Sánchez Ps, Pedro Camacho-Ramírez T.S.

- **PAGINAS WEB SOBRE TABAQUISMO INFORME PRELIMINAR (pag. 80-83)**

Web sites on Tobacco
Dr. Octavio Campollo Rivas, Jair Abdiel Toro Guerrero